



PUC
RIO

Kátia Maria Pacheco Saraiva

“O SEGREDO CONVERTE-SE NUM BEBÊ”:

**A IMPORTÂNCIA DO ENCONTRO
DA MÃE COM O BEBÊ NATIMORTO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 29 setembro de 1999.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO**

**Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>**

N.Cham. 150 S243s TESE UC

Título O segredo converte-se num bebê



Ex.1 PUC-Rio - PUCB

00144405

Kátia Maria Pacheco Saraiva

“O SEGREDO CONVERTE-SE NUM BEBÊ”:

**A IMPORTÂNCIA DO ENCONTRO
DA MÃE COM O BEBÊ NATIMORTO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

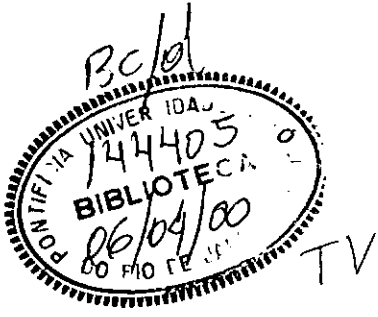
Orientadora: Angela Baraf Podkameni

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 29setembro de 1999.

97879



150
52431
TEJE UC

Dedico a :

Todas as gestantes que perderam seus filhos.

Agradecimentos:

Dedico os meus agradecimentos a todos aqueles que participaram e acompanharam com interesse e afeto a elaboração do presente trabalho, o que retribuo com a manifestação de meu grande carinho e profunda amizade, em especial a :

- Professora Angela Baraf Podkameni, minha orientadora, por sua orientação e apoio na elaboração deste estudo.
- Professora Monique Augras que me incentivou e acreditou na minha capacidade de realização.
- Marise, secretária da pós-graduação do departamento de psicologia, por sua atenção, carinho, e informações precisas que tanto me ajudaram neste trabalho.
- Psicanalista Anna Maria Bittencourt, pelo seu interesse, dedicação e esclarecimentos precisos e preciosos que foram um diferencial na elaboração deste trabalho.
- Tereza Cristina Campiteli, amiga e professora, que acreditou, desde o início, na minha capacidade de realização, além de estar efetivamente e afetivamente presente na elaboração do trabalho.

- Neyza Prochet, grande amiga e professora, por tudo que construímos ao longo deste tempo e, por diversas vezes, me tirou da paralisação afetiva ajudando a encontrar o caminho da criação efetiva do trabalho.

- Luís Carlos Marinho, meu terapeuta, que esteve de longe, mas sempre presente fazendo me lembrar da capacidade de realização do meu desejo.

- Andréa Cruz Hohlenwerger, minha prima e irmã, sempre atenta e calma na correção e formatação da dissertação.

- Celio José Saraiva e Consuelo Pacheco Saraiva, meus pais, sempre atentos quanto ao desenvolvimento de meu estudo e me dando apoio e estímulo nos momentos de maior dificuldade. Meu profundo afeto.

RESUMO

O presente estudo se propõe refletir sobre a função do psicólogo no ambiente hospitalar, como agente terapêutico, fornecendo amparo ambiental ao paciente nas situações de risco envolvidas. Destacamos o quadro da morte intra-uterina, no final do processo gestacional, ressaltando a importância do estabelecimento de um contato senso perceptivo visual e tátil entre a mãe e o bebê natimorto para a superação desta perda. A importância deste contato decorre do fato de que a gestante vivencia a morte intra-uterina como perda de parte de seu próprio self. Apresentamos um trabalho clínico de orientação psicanalítica instrumentado pela abordagem de D.W. Winnicott onde o conceito de "preocupação materna primária" é utilizado para fundamentar as reflexões inerentes ao desenvolvimento do trabalho. Consideramos a natimortalidade uma situação de alto risco psíquico dada a extrema identificação da gestante com seu bebê. Esta irá necessitar de ajuda para poder nomear o que não pode ser nomeado e suporte na tarefa de reintegração de seu self. São relatados três atendimentos clínicos realizados numa maternidade pública do Rio de Janeiro. Os atendimentos são apresentados na seqüência temporal em que ocorreram.

ABSTRACT

The present study reflects on the psychologist's role as the therapeutic agent in the hospital environment providing holding to its patients in critical conditions. Studying the natimortality phenomenon in the final stages of pregnancy, the importance of the physical contact experience between mother and stillborn infant is emphasized as away of working through, grief. The experience of physical contact is extremely valuable as the pregnant woman lives neonatal death as a partial loss of her own self. According to D.W. Winnicott's psychoanalytic theory, we focused the concept of "maternal primary preoccupation" as a reference for our considerations. We consider that natimortality is a high potential risk situation due to the extreme mother's identification with the infant. She will need professional help to acknowledge what needs to be recognized, as well as a supporting environment to help her in the task of reintegration of her self. Three clinical cases, observed in a public hospital in Rio de Janeiro, illustrate this study. The cases are presented in their real temporal sequence.

SUMÁRIO :

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. O ESTUDO.....	6
2.1. O ambiente.....	8
3. A GESTAÇÃO DE UM FILHO.....	13
3.1.A unidade mãe-bebê	19
3.2. “A preocupação materna primária”.....	21
4. MORTE INTRA-UTERINA	23
4.1 - Relato do primeiro caso.....	31
4.2 - A quebra da unidade mãe-bebê.....	39
5. A NECESSIDADE DE APOIO NA EXPERIÊNCIA DA PERDA.....	46
5.1 - Relato do segundo caso.....	48
5.2 - O momento de separação da unidade mãe-bebê.....	57
6. A ELABORAÇÃO DO LUTO DE UM NATIMORTO.....	66
6.1- Relato do terceiro caso.....	75
6.2 - O “bebê real”.....	82
7. CONCLUSÃO	89
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
9. ANEXO.....	103

1. INTRODUÇÃO

*Dear Miranda,
"Today I finished your photo album.
Only instead of being full of happy pictures and
'congratulations' cards, it has no pictures, just a fetal
death certificate and sympathy cards and obituary¹".*

CAROL JONES

A gênese deste trabalho surgiu de uma experiência pessoal vivida numa maternidade pública no estado do Rio de Janeiro² onde realizei meu treinamento clínico durante dois anos e meio.

Neste período tive a oportunidade de acompanhar várias gestantes do pré-natal ao pré-parto, como também no momento do parto e no puerpério. Esta experiência suscitou várias questões relativas aos fenômenos psíquicos envolvidos neste período. Entretanto, o que me despertou maior interesse, foi a vivência de uma situação paradoxal de ver a vida e a morte vizinhas tanto geograficamente no espaço deste hospital, quanto em mães grávidas que durante o processo gestacional perderam seus filhos no espaço uterino.

Pude observar com nitidez as dificuldades existentes para as mães no processo de luto de um bebê natimorto, como, por exemplo, a seguinte situação:

¹ Tradução livre : "Querida Miranda, hoje eu terminei seu álbum de fotografias. Só que invés de estar cheio de fotos alegres e cartões de congratulações, não tem foto, só um certificado de óbito fetal e cartões de solidariedade e um obituário." Trecho de uma carta de uma mãe para sua filha natimorta. Pode ser encontrado na internet no endereço : <http://sids-network.org>.

² Maternidade do hospital geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, onde fiz uma especialização no centro de medicina psicossomática no período de abril de 1995 à outubro de 1997.

uma primigesta³ com quarenta semanas de gestação, nove meses, acidentalmente sofre um deslocamento grave de placenta vindo a perder o neném. A insistência da mãe em querer ver o seu neném morto, tocar nele, dar corporeidade a essa morte, mobilizou toda equipe de saúde os médicos, as enfermeiras e psicólogos, bem como a família da própria gestante. Entretanto, esse direito lhe foi negado e vários impedimentos ocorreram, inviabilizando o encontro.

A situação me sensibilizou a ponto de me sentir desafiada entre a paralisção afetiva e a criação efetiva do trabalho. Escolhi a criação. A partir daí comecei a prestar mais atenção para esta problemática das mães cujos bebês morrem ainda no útero e várias perguntas começaram a surgir : O que significa perder um bebê próximo do momento de ganhá-lo? Será que é importante que a mãe veja seu filho morto para elaboração do luto?

Depois deste questionamento inicial várias outras situações foram surgindo e, aos poucos, esta questão foi ganhando corpo, a ponto de se transformar num trabalho de pesquisa. Tive a confirmação da relevância da mesma não só pela escuta das mulheres que acompanhei, como também o que pude constatar pela observação das notícias veiculadas pela mídia. A título de ilustração, refiro-me à telenovela “ Por amor”⁴ que prendeu o país por quase nove meses, com a seguinte trama: mãe e filha, ambas grávidas na mesma época, juntas vão para a maternidade ganhar neném. A filha tem um deslocamento grave de placenta vindo a perder o útero e o bebê. A mãe, no entanto, “se oferece em sacrifício” impedindo que a filha

³ Mulher que engravida pela primeira vez.

⁴ Novela exibida em fins de 1997 e início de 1998 pela rede Globo de televisão.

se frustre colocando o seu próprio bebê, recém-nascido, nos braços desta, tentando negar a realidade da perda.

Outro exemplo, agora, do noticiário dos jornais⁵ : Uma mãe, com cerca de quarenta anos de idade, múltípara, “com sete ou nove meses” deu entrada numa maternidade pública no Rio de Janeiro, onde seu bebê nasceu morto. Este bebê não foi visto por ela ou por um dos familiares até dezoito horas do pós-parto, o que criou uma polêmica em torno de uma troca de bebês. A mãe afirmava que, pelo seu pré-natal, estava com nove meses de gestação enquanto a maternidade afirmava que o bebê que nasceu morto, era na verdade, um prematuro de sete meses.

Ambos os casos ilustram o quanto a ficção e a realidade se interpenetram. Percebe-se que cada indivíduo, tanto da ficção, a mãe da telenovela, quanto o da realidade, a mãe do jornal, é uma síntese individualizada e ativa de uma sociedade que tem dificuldades em lidar com a morte, principalmente a de um bebê. Assim reconheço que a natimortalidade precisa ser vista pelo prisma daqueles que sofrem a perda, principalmente o da mãe e do pai que se vêem diante da perda de um filho, que morreu antes mesmo de nascer.

A relevância da questão é mais uma vez confirmada ao analisarmos os quadros estatísticos de registro civil mais recentes, datados de 1995, em anexo, onde constatamos um número significativo de mulheres que sofrem o óbito fetal (com 28 semanas ou mais) sendo a maior incidência ocorrendo entre mulheres jovens na faixa etária de 20 à 30 anos em ambiente hospitalar. Estes dados ratificam que a natimortalidade é uma problemática

⁵ Noticiado por dois jornais da cidade do Rio de Janeiro : O Globo e O Dia em 29 de março de 1998.

que precisa ser estudada, pois atinge uma gama muito grande de mulheres no auge de sua capacidade procriativa tanto geracional quanto econômico-social. Diante deste quadro poderíamos pensar em uma série de repercussões pós-perda não só diretamente para saúde da mulher, mas também para o seu entorno : célula familiar, os profissionais de saúde e a própria instituição hospitalar onde acontecem estas perdas.

A instituição hospitalar possui procedimentos administrativos e médicos que “poupam” a mãe de ver o seu filho morto. Os mais comuns são transportar o corpo para sala da autópsia, comunicar de modo frio e formal a morte à família e administrar à parturiente uma dosagem de medicamentos que iniba as manifestações de pesar. Foi também, observado que os hospitais não possuem um espaço próprio e reservado, que não seja a sala de laboratório ou de autópsia, onde a família possa estar com o neném. A ausência do encontro família-bebê natimorto pode “*dificultar enormemente a digestão da realidade, criando um campo ilusório de negação da perda ou uma sensação de estranheza e ambigüidade*” (MALDONADO, 1981, p.90).

A elaboração do luto é um processo de reconhecimento da perda. A minha experiência como psicóloga me fez ver que é fundamental que seja facultada as mães, pelos profissionais de saúde, todos os recursos possíveis para auxiliar o desenvolvimento deste processo. O encontro entre a mãe e o bebê natimorto pode ser um momento chave para se iniciar tal processo, pois como reconhecer a perda de algo que não se conhece como real e ganho?

Existem muitas formas de elaborar a perda de um filho que podem envolver a visualização do obituário e fotos do bebê falecido, a elaboração de escritos, construção de sonhos, além de outros. Dentre as diversas formas, privilegiei a via de elaboração da experiência pelo contato físico com o bebê me chamou atenção. A ocorrência de alguns procedimentos médicos que se transformam em verdadeiros impedimentos que dificultam o encontro da mãe com o seu bebê morto. Há uma tendência entre os profissionais de saúde e também das próprias famílias de desconsiderar a importância do desejo que a mãe manifesta por si mesma de ver e tocar no seu filho morto, ou seja, da necessidade de estabelecer um contato físico e externo com eles. Isto atenderia a dois propósitos : a mãe ao conhecer seu filho, pode conseqüentemente se despedir, e com isso, ela tem conseqüentemente a possibilidade de recuperar partes de seu *self* investidas na criança, recobrando o sentido de si mesma. A minha hipótese é de que este contato físico, a experiência senso-perceptiva visual e tátil, é necessário como fator importante do processo da elaboração do luto, atendendo ao propósito de continuidade do viver, e assim vindo a poder incorporar as perdas no percurso de vida.

O objetivo deste trabalho é, portanto, vir a compreender mais e melhor a necessidade que algumas mães têm em estabelecer um contato físico com o seu filho natimorto para iniciar um processo de luto, assim como compreender o papel do profissional de saúde como agente facilitador neste processo.

2. O ESTUDO

O estudo sobre a importância do contato mãe-bebê natimorto abrange um trabalho de intervenção clínica, de orientação psicanalítica, através do qual foi possível estabelecer relações entre a prática clínica hospitalar e a teoria psicanalítica. A questão da natimortalidade será abordada dentro do pensamento do pediatra e psicanalista inglês D. W. Winnicott que construiu sua teoria a partir das observações colhidas na sua clínica pediátrica, da relação mãe-bebê e subsequente desenvolvimento.

O método de investigação utilizado foi o estudo de caso. Os sujeitos que foram abordados no estudo pertenciam ao universo das mães que acabaram de perder os seus filhos no final do processo gestacional em ambiente hospitalar.

O instrumento que empreguei no estudo para coleta do material clínico foi a “história da pessoa”. A “história de pessoa” é um método desenvolvido e utilizado no contexto hospitalar onde realizei o estudo. É um instrumento considerado válido no contexto da psicologia hospitalar e empregado no diagnóstico do paciente. Este procedimento serve de guia para o psicólogo conhecer a biografia do indivíduo que atende como serve também para perceber em que circunstâncias da vida o fato da morte intra-uterina, por exemplo, aconteceu. Independe, portanto, do modo como o fato ocorreu na realidade externa, objetiva e cronológica. Deste modo os elementos psicodinâmicos da pessoa são captados na buscado sentido das coisas.

“A história da pessoa” é um método elaborado pelo prof. Danilo Perestello baseado no modelo fenomenológico, que permite a pessoa se expressar, contando sua história. O autor escreve: “*focalizando a pessoa e seu mundo, o de ontem e o de hoje, chegamos a uma medicina da pessoa, na qual os clássicos fatores externos da doença não são negados, mas são avaliados em função da pessoa*”(PERESTRELLO, 1989, pp.79-80). Ela é um modelo de anamnese da pessoa do doente hospitalizado. Possui algumas características básicas que diferem de uma anamnese clássica como: a coleta de material ocorre através de entrevistas não dirigidas, ou seja, não obedecem a um roteiro estruturado; procura ouvir a pessoa evitando interferir no relato do entrevistado; utiliza as próprias palavras do entrevistado no registro da entrevista respeitando seu universo vocabular e sua cultura e evita o uso de palavras técnicas.

O registro do material coletado na entrevista é transcrito a posteriori e contém dados relativos a biografia da pessoa do doente. São alvo de investigação questões como: condições relativas ao seu nascimento; circunstâncias da família; informações sobre as figuras parentais, irmãos, o lugar que ocupa no contexto familiar; vida infantil, adolescência e a vida adulta; ambiente social; hábitos e crenças; circunstâncias de vida em que ocorreu a doença; maneira como o paciente se relaciona com a doença e com a equipe que o assiste no hospital assim como outros dados significativos. “A história da pessoa”, portanto, é um procedimento que tem uma ação terapêutica, porque permite que o sujeito da investigação possa, através do relato de sua história, expressar-se, compreender e relacionar-se melhor com os diversos elementos do seu próprio contexto existencial.

A metodologia utilizada na dissertação foi: na medida em que “as histórias” ou casos foram se apresentando, procurei desenvolver em cada caso os aspectos psíquicos mais relevantes ao entendimento do mesmo. O capítulo inicial serviu de base teórica para compreensão do processo gestacional, com isso permitindo uma melhor compreensão dos processos que ocorrem com a mulher quando acontece a morte intra-uterina.

2.1 – O ambiente

Para melhor compreensão do campo complexo das inter-relações existentes neste estudo é preciso situar o leitor do lugar onde estas histórias acontecem. O lugar que se fala aqui é o ambiente físico onde se passa a trama, uma rede de ligações que se intrelaçam com as histórias das próprias mulheres que sofrem a morte intra-uterina. O campo, ou melhor, o ambiente é o da maternidade da Santa Casa de Misericórdia. É uma maternidade pública que atende a população de baixa renda localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro e este estudo foi realizado no período de abril de 1995 à outubro 1997.

A maternidade está geograficamente situada em um prédio destacado de todo complexo do hospital e divide o corredor com a enfermaria de ginecologia e cirurgia plástica. Possui um berçário que comporta cerca de trinta crianças sendo que tem apenas três encubadoras; duas enfermarias sendo uma de gestantes e outra de puérperas com cerca de trinta leitos cada; duas salas de pré-parto com dois leitos cada; uma sala onde se realizam os partos normais e um centro cirúrgico para realização de partos cesáreas.

A psicologia intervém na maternidade oferecendo uma série de serviços de modo a realizar uma assistência mais global possível a gestante do pré-natal passando pelo pré-parto, sala de parto e puerpério. Dentre as tarefas do psicólogo no pré-natal temos: grupos de sala de espera; orientação e esclarecimentos sobre gestação e parto; atendimentos individuais às pacientes quando solicitados por médicos ou demais membros da equipe de saúde, pelas pacientes ou por iniciativa da própria psicóloga quando julgar necessário e interconsultas com os membros da equipe de saúde.

Nas enfermarias cabe ao psicólogo o atendimento às pacientes, gestantes e puérperas, por solicitação da equipe de saúde, das pacientes ou por percepção própria da psicóloga de plantão. Cabe ao profissional orientar e esclarecer: diagnósticos e procedimentos médicos; cuidados durante a gestação; etapas do trabalho de parto e parto; importância da amamentação, cuidados com as mamas e com a puericultura. O psicólogo também faz o acompanhamento das gestantes no pré-parto, durante o trabalho de parto e na sala de parto, quando preciso, além de troca de informações e interconsultas junto à equipe de saúde: médicos, enfermeiras, nutricionistas e com o pessoal administrativo.

A rotina que passa a gestante ao chegar no hospital próxima a hora de dar à luz é a seguinte: Assim que chega é encaminhada à sala de exames que fica dentro da enfermaria de gestantes. Em se constatando o início do processo de parto a gestante fica internada aguardando o momento em que irá para sala de pré-parto de acordo com a evolução do processo de dilatação pélvica (mais ou menos a partir de cinco centímetros). Uma vez estando na sala de pré-parto ela é vista e tocada pelo médico, ou estagiários e ou residentes, já que é uma maternidade escola, de hora em hora até que sua dilatação chegue cerca dos sete

centímetros, quando o estagiário de plantão acompanha mais amiúde o ritmo de batimentos cardíacos do neném e o intervalo das contrações até que chegue o momento de levá-la à sala de parto. Assim que a criança nasce é imediatamente colocada nas mãos do pediatra que fará a aspiração e limpeza desta antes de mostrá-la à mãe. Uma vez que o bebê esteja pronto mostra-se a mãe e em seguida o mesmo é encaminhado para o berçário onde ficará em observação por cerca de seis horas. A mãe ainda permanece um pouco mais de tempo na sala de parto para expulsão da placenta e sutura para depois ficar em repouso na enfermaria de puérperas. Ela só entrará em contato com o seu bebê seis horas pós-parto normal e doze horas quando cesárea. A saída da maternidade, geralmente, se fará trinta e seis horas pós-parto normal e em setenta e duas horas no caso de cesárea.

Quando ocorre um óbito fetal a rotina hospitalar é “abalada”. Há uma mobilização em ambas as enfermarias, bem como em quase toda a equipe de saúde, principalmente quando a mãe que sofre a perda manifesta explicitamente sua dor, sua tristeza e perplexidade diante do fato. A perda mobiliza muitas pacientes, principalmente, aquelas que ainda não tiveram seus bebês. A fim de que a rotina não seja interrompida e “agite” ainda mais as outras pacientes costuma-se chamar a psicóloga, para de alguma forma “conter” esta manifestação de pesar e assim todos ficarão mais tranquilos.

Quando um recém nascido morre no hospital todas as “evidências” são, na maioria das vezes, removidas rapidamente e quase nada é deixado para confirmar a realidade dessa morte. Na maternidade da Santa Casa de Misericórdia isso é particularmente verdadeiro, pois, a sala de necrópsia de todo o hospital fica ao lado do ambulatório do pré-natal, o que facilita esse processo de desaparecimento do neném. Percebe-se que se

estabelece, também, “uma espécie de rotina” de procedimentos a serem realizados quando ocorre a perda de um natimorto.

Uma vez confirmado pela ultra-sonografia ausência de batimentos fetais o médico imediatamente comunica a mãe e solicita sua internação para realização do parto que, geralmente, ocorre por via baixa, ou seja, como um parto normal e, a cesárea só é realizada em casos extremos de risco de vida para mãe. Enquanto a gestante aguarda a dilatação com a ajuda de medicamentos, que a ajudarão no processo de contração uterina, fica ao lado das demais gestantes, também, em trabalho de parto. Após o nascimento do bebê natimorto este é rapidamente retirado do alcance dos olhos da mãe e da equipe médica. É envolvido em um pano (quando disponível) e levado para geladeira da maternidade ou diretamente para sala de autópsia juntamente com os restos placentários da mãe. Terminado o parto, a mulher retorna à enfermaria de gestantes para repousar e sua alta é assinada assim que esteja com o quadro clínico estável. O que geralmente ocorre é que a alta é dada em menos de vinte e quatro horas pós-parto. Caso a mãe manifeste o desejo de conhecer o seu filho é solicitada a ajuda do psicólogo para “tirar esta idéia” da cabeça da paciente e a equipe médica, geralmente, justifica tal procedimento com outro, ou seja, com o fato do bebê já se encontrar fora das dependências da maternidade para o exame de autópsia, que fará parte de uma investigação técnico-científica sobre a causa mortis do bebê e isto torna o seu retorno à maternidade praticamente impossível.

Foi interessante observar a rapidez com que o natimorto deixa a maternidade, parece que ele nunca existiu como realidade, a não ser pelas sensações uterinas da mãe e pelas ultra-sonografias que confirmavam a existência de vida fetal. O que se pode

constatar ao longo deste período foram as dificuldades e impedimentos que as mães tem que enfrentar quando expressam o seu direito e desejo de verem e tocarem seus filhos não vivos.

Conforme o mencionado foram as experiências clínicas que delinearão o objeto de estudo e ao reler os casos clínicos percebi que a temática seguiu também um percurso elaborativo. Para acompanhar este processo fez-se necessário a apresentação dos três casos na seqüência temporal em que ocorreram os atendimentos, onde cada caso serviu de base para um capítulo da tese. A apresentação dos casos foi feita na íntegra, para que o leitor possa ter um entendimento como é colhida a história da pessoa, privilegiando-se, no entanto, o momento do encontro da mãe com o bebê natimorto.

3. A GESTAÇÃO DE UM FILHO

“Somos criadores de criaturas. Criaturas com vida própria, criaturas criadoras de novas criaturas. Criaturas que não são nossas propriedades, nem de ninguém, que se apropriam da vida e a continuam” (BASTOS, 1995, p.931).

Cada gestação de um filho se insere de modo único e singular na história de vida da mulher onde o corpo, o tempo e o outro estão interligados profundamente. A experiência do nascimento de uma criança é um evento que abre possibilidades de vislumbramento de um horizonte temporal porque os filhos são símbolos de continuação para o futuro.

Segundo BASTOS (1995) a gestação de um bebê engendra na mulher um processo de “Pró-Criação” e estabelece uma tentativa consciente de dar sentido ou coerência a sua experiência de ser, no mundo. A gestação de um filho não é meramente um fenômeno biológico, um ato reprodutivo, mas é sim um ato de criação. É uma consequência natural de um relacionamento sexual e pode provocar uma guinada no destino dos pais. É um momento de complexidade e riqueza na vida da mulher, do casal e da família. Aprender a ser pai e mãe demanda recursos da pessoa e de sua própria vivência de ter sido filho.

Os pais, a cada dia da gestação, estão aprendendo sobre si mesmos à medida em que vão se voltando para a formação do bebê. Através deste processo dinâmico vão descobrindo seus próprios sentimentos, assim como aprendendo a olhar para além deles. Isto significa reconhecer que a vida não é constituída apenas por aquilo que se deseja, que se tem

como ideal, mas por algo que se pode interagir porque os filhos não são meras reproduções do desejo dos pais. *“Uma personalidade está sendo formada e uma vida que nunca foi vivida antes está sendo vivida, e é nessa nova pessoa vivendo essa nova vida que a mãe e o pai estão interessados a partir do instante em que se sente um movimento no ventre materno”* (WINNICOTT, 1993, p.19).

A gestação é um evento que é, freqüentemente, descrito como um período de vulnerabilidade para mulher em função das profundas modificações psicológicas e fisiológicas, que caracterizam este período. O estar grávida remete a mulher a sua própria origem possuindo um caráter regressivo onde ela revisita momentos muito íntimos e iniciais da sua história como, por exemplo, o próprio nascimento.

A maternidade traz à tona os primórdios da vida de relação da mulher com sua própria mãe. Ela, pelo mecanismo psicológico da regressão⁶, experimenta sensações de quando era bebê e estava ligada ao corpo materno, pois ela possui registros, memórias corporais do seu próprio processo. Conforme SZEJER (1997) salienta *“(...) aqui entram em jogo duas histórias paralelas: a história de sua relação com seu corpo e de sua relação com o corpo de sua mãe”* (p. 120). Há uma reativação de antigos conflitos, principalmente ligados às figuras parentais, bem como a atualização de problemas não resolvidos. A mulher está mais voltada para seu mundo interno e amplia sua vida imaginativa com um aumento da utilização da fantasia.

⁶ É um processo psíquico que designa um retorno a um ponto já atingido pelo indivíduo no curso do seu desenvolvimento.

A gestação é um período de muita ambivalência afetiva, representada pelas várias díades: estar e não estar grávida, querer ou não querer um filho, separar ou não se separar dele no momento do parto, dentre outras. Do ponto de vista biológico é um processo que segue um curso evolutivo: o primeiro trimestre caracteriza-se pelo o estágio de embrião, um projeto de ser humano que se configura em feto, no segundo trimestre com todas as estruturas fisiológicas e este feto, por sua vez, torna-se possível no sentido de sua sobrevivência física no terceiro trimestre.

No primeiro trimestre da gravidez, o embrião está fusionado ao corpo da mãe e é pela ação dos hormônios produzidos pelos ovários da mulher, que a gravidez se mantêm. A mulher começa a viver uma espécie de reorganização de sua energia vital como se sua energia se deslocasse para o centro de seu corpo, para seu ventre. É um período de intensa atividade física e psíquica e surgem as primeiras modificações da percepção e da imagem corporal, que são vividas diferentemente por cada mulher. As modificações mais freqüentes são : tensões mamárias, sensibilidade aos cheiros, gostos, náuseas e distúrbios do sono.

Estas modificações físicas estão apoiadas nas mudanças hormonais e que são provocadas pela implantação do ovo na parede uterina. Entretanto, esta explicação fisiológica não dá conta da reação de cada mulher a este processo, ou seja, não há uma relação direta de proporcionalidade entre a quantidade de hormônios secretados e a intensidade dos sintomas e modificações físicas encontradas nas mulheres. Assim como as modificações hormonais variam de uma mulher para outra, variam, também, de uma gravidez para outra. Os sintomas ou as reações de uma gravidez tomam sentido em cada contexto individual. Ainda sob o ponto de vista fisiológico, no final do primeiro trimestre o processo embrionário

terminou e o bebê está feito, com todas as suas estruturas vitais. Pode ser nomeado feto e tem a tarefa de se desenvolver na medida em que for encontrando condições para isto no útero materno.

Do ponto de vista psicológico este evento evidencia uma nova etapa do processo gestacional porque o bebê começa a se mexer, marcando a sua existência, estabelecendo uma sensação de presença de vida, apontando para a realidade que existe um outro ser presente. A percepção destes primeiros movimentos fetais inaugura um novo modo de relação e a mulher se torna consciente da existência de um bebê que se manifesta diretamente de maneira mais autônoma. As gestantes podem interpretar “os chutes” do bebê de duas maneiras: como movimentos perigosos, que podem lhe causar dano físico ou como sinal de um bebê saudável e vigoroso.

Inicia-se, neste momento, uma espécie de comunicação indizível entre mãe-bebê que a cada dia está sendo comprovada através dos recursos da técnica do monitoramento dos movimentos fetais e pelos batimentos cardíacos do bebê. Esta verdade sempre foi reconhecida pelos pais e, principalmente pelas mães, pois estas sempre estabeleceram uma comunicação interativa com seus bebês durante o processo gestacional.

“Hoje sabemos que, muito antes de nascer, o feto pode perceber luz e som, é capaz de engolir, ter paladar, escolher uma posição predileta, registrar imagens sensoriais; que ele dorme, sonha, acorda, boceja, esfrega os olhos, espreguiça-se, faz caretas, pisca, dá “passos”, reconhece a voz de sua mãe....experimenta tristeza, angústia....que é capaz de relacionar-se com sua mãe, captando seus estados emocionais e sua relação afetiva com ele” (WILHEIM, 1997, p. 17).

A mulher, em geral, começa a ter fantasias sobre como será o seu bebê, emprestando-lhe algumas características da personalidade e desenvolvendo sentimentos de apego. Observa-se isto na prática, quando a mãe começa a comprar roupas, ocupar-se com a escolha de possíveis nomes, reformular seu lar para acomodar o bebê, etc.

A mãe a cada dia vai imaginando a forma do bebê, dando um contorno e uma plástica para seu filho. Observa-se isto mais no final da gestação onde a mulher passa a se preocupar com o visível, ou melhor, com o bebê que ela pôde “fazer” e mostrar aos outros, porque ela tem receio de que o bebê que gesta possa ser anormal ou que revele alguma de suas fraquezas internas. A gestante por estar num momento de extrema ambivalência afetiva sente ao mesmo tempo amor e ódio pelo seu filho. Este sentimento de ódio faz com que se sinta receosa que sua própria agressividade possa destruir o objeto de amor.

No último trimestre da gestação as preocupações com o parto e com o nascimento ganham maior espaço no mundo imaginativo da mulher. Ela freqüentemente sente temor de não ser capaz de dar à luz a uma criança saudável e normal. Ela tem dúvidas de como será o parto e como será o bebê.

Para alguns autores (MALDONADO, 1985; SOIFER 1980; LANGER 1986 e SZEJER 1997) o último trimestre é considerado um período bastante tenso. A perspectiva do parto, da separação do seu filho, fantasias de esvaziamento fazem com que sua vida mental seja arrastada para antigas experiências de separação ou de perdas. A mulher se vê remetida à sua própria história e às vezes a da sua família, o que pode significar uma espécie de repetição de cenas que ainda não foram elaboradas ou foram mal elaboradas.

Ainda segundo estes autores a proximidade do parto gera grande incerteza e angústia. Costumam surgir crises intensas que expressam, em geral: o temor à morte, à dor, o medo de ficar com os órgãos genitais dilacerados, no caso do parto normal, o parto demorado e traumático, o filho mal-formado e a morte do bebê. É claro que estes medos estão ligados a história de cada gestante, não possuem apenas um caráter objetivo, conforme SZEJER salienta, eles podem se transformar em verdadeiras fobias: “fobias de parto” e “fobias de anormalidade”.

“São fobias mais profundamente enraizadas, ligadas à história da mulher, ao modo como sua mãe relatou a ela seu próprio nascimento, a esta gravidez, ao seu lugar, à história do casal, ao que ela espera desse filho (...)” (SZEJER, 1997, p.205).

Segundo MALDONADO, o parto é símbolo de separação e representa uma situação limite onde vida e morte estão em jogo. A mulher está diante de um impasse : de um lado quer guardar seu filho dentro de si, mas desse modo ela irá perdê-lo, então ela tem que aceitar que a única maneira de deixá-lo viver é aceitando perdê-lo, deixando-o nascer.

“Na medida em que a grávida se identifica simultaneamente com a própria mãe e com o feto, por esse ângulo - ao dar à luz ao filho- revive inconscientemente sua própria experiência de nascimento e, por conseguinte, essa espécie de morte e passagem ao “outro mundo” que é esse onde vivemos” (MALDONADO, 1981, p. 82).

A maneira como cada uma vai viver esse momento, articula-se com a própria história, com o seu próprio nascimento. O parto seria um momento de passagem de um dentro e um fora, um momento esperado dentro do curso normal do estar grávida, uma experiência reforçadora do EU (de si mesma).

Portanto, a mulher, inicialmente, tem que se adaptar ao conhecimento do fato que será mãe. É um estágio onde ela se identifica com o feto em crescimento como parte integrante de si mesma. A seguir, fica mais consciente da presença do bebê no útero, como um indivíduo independente, pois sente a manifestação dos primeiros sinais de vida com o movimento fetal. A mulher começa a modificar o conceito de feto como parte de si mesma, passando a considerá-lo como bebê que brevemente será independente, ou seja, se separará dela no nascimento.

3.1 – A unidade mãe-bebê

Ao longo dos meses, a mulher grávida, sente intensas modificações em seu corpo. A medida em que o processo da gravidez vai avançando, começam a surgir momentos de integração entre ela e o bebê, ou seja, não existem limites entre o desenvolvimento do bebê e o funcionamento de seu corpo. Esta unidade vai sendo construída através do “cotidiano da barriga” onde o corpo do bebê é o corpo materno que se expande na medida em que desenvolve suas potencialidades neurofisiológicas e psíquicas e vai encontrando condições para este desenvolvimento no ventre materno. É um processo que segue um curso evolutivo em estágios do desenvolvimento: o primeiro estágio seria do embrião, um projeto de ser humano; no segundo estágio, este embrião se transformou em feto com todas as estruturas

morfofisiológicas feitas e começa a marcar sua presença se movimentando no interior do útero. É o terceiro e último estágio ocorre quando este feto torna-se viável no sentido de sua sobrevivência física independente do corpo materno. Quando a mulher tem a percepção dos primeiros movimentos fetais, ela se torna mais consciente da existência de um bebê que se manifesta dentro dela. *“Acontece que existe este período muito útil de nove meses, ao longo do qual há tempo suficiente para que ocorra uma transformação importante na mulher, que pode então passar de um tipo de egoísmo para outro”*(WINNICOTT, 1994, p. 04).

Neste momento a mulher vive o paradoxo uno-dual, vive a dualidade dentro da unidade, ou seja, a unidade mãe-bebê. *“Distintos, eles vivem juntos. Ainda que sejam dois corpos, vivem num único corpo (...)”* (SZEJER, 1997, p.153). WINNICOTT enfatiza que entre os bebês e suas mães existe um permanente processo de adaptação e que é inerente à própria vida, só desaparecendo com a morte. Em seu trabalho, destaca o processo deste vir a ser nas primeiras relações do bebê humano com a “mãe-ambiente”.

WINNICOTT acredita que, no trabalho com gestantes, deve-se auxiliá-las no processo de reforçamento da unidade psique-soma, oferecendo trabalhos de consciência corporal e sensibilização, no sentido delas terem mais consciência de seu próprio processo gestacional e, conseqüentemente estarão mais integradas no momento do parto. Ele diz :

“(...) O melhor dos métodos de relaxamento permite que a mãe se torne consciente do corpo e (se não se trata de um caso mental) estes métodos ajudam-na a manter uma continuidade de existência e permitem que ela viva como um psique-soma. Isto é essencial, caso ela deseje experimentar o parto e os

estádios da maternagem de uma maneira natural”
(WINNICOTT , 1993, p.424).

WINNICOTT enfatiza que é quanto mais a gestante estiver consciente de seu processo gestacional menos risco ela terá de desorganização de seu *self* (de si mesma). O autor utiliza o termo *self* para descrever psicologicamente como a pessoa se sente real, sente sua subjetividade, se sente inteira, ou seja, um eu com corpo. A pessoa adquire a noção de um si mesma ou de *self* nos primórdios da vida, ainda quando bebê, através da ação de um ambiente facilitador (ambiente materno) que possibilita a integração de aspectos psíquicos e somáticos que fazem com que a pessoa experimente um sentimento de estar dentro do próprio corpo ou melhor que se sinta uma unidade.

Entende-se a sua preocupação com a conscientização corporal porque, segundo ele, nos dias que antecedem ao parto e alguns dias do pós-parto a mulher normalmente vive uma espécie de estado natural de retraimento em si mesma. É um estado que WINNICOTT (1956) denominou de “preocupação materna primária”.

3.2 – A mãe da preocupação materna primária

Foi visto que há uma comunicação profunda da mãe com a criança e um certo “desligamento” da mãe com a realidade externa. WINNICOTT (1956) formula o conceito de “preocupação materna primária” para descrever uma espécie de “recolhimento narcísico” que faz com que a grávida olhe para dentro de si mesma e neste processo passa a se identificar com o seu bebê. É um momento psicológico que a mulher atravessa “(...)

especialmente, no final da gravidez; continua por algumas semanas depois do nascimento da criança” (p.493).

A mãe da “preocupação materna primária” está inconscientemente tão identificada com seu filho que é capaz de se colocar no lugar dele e, deste modo, atendê-lo em suas necessidades. *“A mãe tem um tipo de identificação extremamente sofisticada com ele, embora, naturalmente, permaneça adulta” (WINNICOTT, 1994, p.9).* É capaz de colocar o bebê no centro de seu mundo e instituir uma comunicação profundamente empática com o mesmo. É, aquela, engajada narcisicamente nesta tarefa de estar “na pele do bebê”, sentí-lo em suas necessidades e para que tal tarefa se efetue a mãe converte uma parte de si em bebê. *“E não há nada de místico nisso. Afinal de contas, ela também já foi um bebê, e traz com ela as lembranças de tê-lo sido; tem igualmente, recordações de que alguém cuidou dela...” (WINNICOTT, 1994, p.04).*

WINNICOTT designa este período “estado psicótico normal” que irá no entanto, se desfazer naturalmente. A seu respeito, ele coloca: *“(...) não é facilmente recordada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela; eu iria mais além e diria que a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida” (WINNICOTT, 1993, p.493).* E se algo acontece que interrompe abruptamente este estado de retraimento narcísico, rompendo a unidade mãe-bebê ? No caso de nosso estudo, que repercussões pode ter para uma mãe absolutamente imersa nesta díade, a morte de seu filho ainda em seu ventre?

4. A MORTE INTRA-UTERINA

“A perda de um filho é uma provação de que o adulto não se recupera jamais. Ele se vê amputado de uma parte de si mesmo projetada na sua descendência. Vê-se de repente muito velho, como que fora do tempo, já que não pode mais sonhar com um futuro através da sua descendência. Essa ‘ferida narcísica’ irreparável de que fala Freud⁷ atinge o ser de maneira tão radical que o sujeito não tem mais palavras para traduzir o que sente” (MANNONI, 1995, p. 93).

A morte intra-uterina é uma morte prematura⁸ e se revela trágica, porque é “fora de hora”, subverte a ordem do curso da vida, ou seja, um filho não deveria morrer antes dos pais, muito menos antes de nascer, pois filhos são símbolos da continuação da linhagem e de realização para o futuro.

A intensidade da vivência emocional da perda de um filho está estreitamente relacionada com o grau de investimento na gestação. Numa mãe primigesta (mãe que experimenta o evento da gravidez pela primeira vez) a morte de um filho representa uma ruptura no processo de identidade materna que vinha se construindo no cotidiano da relação mãe-barriga. Esta terá que elaborar não só a morte do filho idealizado, mas também precisará

⁷ MANNONI está se referindo ao sentimento que FREUD experimentou quando morreu o seu neto predileto chamado Heinele aos 4 anos e meio de idade vítima de uma meningite tuberculosa e filho mais novo de sua filha Sophie.

⁸ Morte prematura é uma morte que ocorre antes do tempo, ou seja, quebra um processo de expectativa geracional. A cultura ocidental está atrelada ao instinto de sobrevivência da espécie, então a morte deveria vir o fim de uma vida longa e produtiva, principalmente, depois de filhos e netos que são símbolos de continuidade do futuro.

re-significar sua crença na capacidade de ser mãe. A mãe multigesta difere, pois possui filhos vivos e pode utilizar-se deles para se reassegurar quanto a sua capacidade materna.

A perda de um filho, durante o processo gestacional, é um acontecimento que quebra a continuidade de um estado de gravidez da mulher e pode significar um rompimento da continuidade da própria pessoa, porque a gestação de um filho envolve, na mulher, parte de seu próprio corpo no processo. E se o que é vivido como seu corpo morre, isto facilmente assume o significado de uma experiência de morte dentro de si, um encontro com sua própria finitude. A mulher vivencia algo desconhecido, estranho e indizível e precisará lidar com vários sentimentos: de culpa, revolta e desamparo dentre outros. Frente esta situação necessitará de um ambiente acolhedor que possa servir como uma rede de apoio porque a mulher sente medo de sucumbir, vive a ameaça de ruptura de um si mesma.

Nos dias de hoje, o hospital determina os procedimentos envolvidos na passagem do nascimento e da morte. Comprova-se isto através do crescente número registros de nascimentos e falecimentos ocorridos no hospital⁹ em comparação com os que ocorrem em casa. Ambos eventos, no entanto, estão ausentes do cotidiano familiar ocasionando uma mudança tanto na maneira de conviver como de lidar com eles. As vivências que cercam esses dois eventos : o nascer e o morrer, na vida de um indivíduo foram

⁹ Ver quadros estatísticos em anexo.

desvinculadas de antigos sistemas de apoio¹⁰, formados durante anos para ajudar as famílias nestas transições altamente significativas. *“Morrer é parte integral da vida, tão natural e previsível como nascer. Mas quando enquanto o nascimento é motivo de comemoração, a morte transforma-se num terrível e inexprimível assunto a ser evitado de todas as maneiras na sociedade moderna”* (KÜBLER-ROSS, 1975, p.30).

KÜBLER ROSS observou tanto a negação da morte como o evitar falar sobre o morrer trouxeram um aumento do sentimento de solidão hospitalar.

“Interessante notar que o hospital e suas regras consideram a morte, de alguma forma, um de seus próprios tabus. No hospital os pacientes não morrem: expiram. Pacientes não morrem na sala de operação: “perdem-se na mesa”.... porque isso protege o pessoal do hospital, evita que se envolva e tenha que encarar seus próprios sentimentos. Também evita que tenham de comunicar-se uns com os outros, com o paciente, ou com a família do paciente” (KÜBLER ROSS, 1975, pp.36/37).

O deslocamento da morte para os hospitais invadiu o espaço da cura, do diagnóstico, da restauração, forçando os profissionais ao contato com o sujeito, à morte e sua agonia. Este clima de tensão parece atingir tanto o cotidiano do médico como dos profissionais da área de saúde. Segundo ZAHN (1990), criou-se “uma ideologia do não se envolver”, ou seja, se os profissionais de saúde estiverem envolvidos com o paciente ele pode morrer e, conseqüentemente, haverá sofrimento para a equipe de saúde ao ter que se deparar com a sua própria mortalidade. A prática médica sempre considera a preservação da vida. O ato médico envolve uma aura de heroísmo, na maioria das vezes alimentada por eles

¹⁰ Constitui uma rede de cuidados fornecidos aos enlutados pelos demais familiares e amigos no processo de elaboração do luto, bem como o cuidado que o enlutado tem com o próprio morto: o enterro, lidar com o corpo

próprios. A morte, neste contexto, traz a noção de fracasso profissional tanto para o médico quanto para os demais profissionais que trabalham no hospital. A morte denuncia a fantasia de onipotência médica.

“No centro da atual ênfase tecnológica na história do sucesso da cura, o paciente cujo mal não pode ser curado, o ser humano que está à morte é inexoravelmente tido como um fracasso daqueles profissionais e instituições. O contexto organizacional do morrer em um hospital deve ser considerado uma resposta a um fato que é hoje identificado como fracasso - embora permaneça também como advertência sobre os limites e capacidades do conhecimento médico” (KÜBLER ROSS, 1975, p.34).

A morte em uma enfermaria de obstetrícia, local que geralmente tem conotação de vida e portanto não acontecem mortes, é uma experiência da ordem do imprevisto, algo que transforma o ambiente, gerando um clima de culpa e fracasso. Na maternidade não há espaço para mães sem filhos porque estas tornam-se verdadeiras “testemunhas vivas de acusação” que lembram ao médico do seu fracasso em conter a morte. KLAUS E KENNEL constataram em seus trabalhos com mães que sofreram perdas gestacionais que:

“Estas mães queixavam-se das práticas hospitalares, que abafam as respostas à perda; comentavam, também sobre o desejo de os hospitais permitirem que as mães decidam por si mesmas, se desejarem ver e tocar o bebê vivo ou morto”(1992, p.282).

O espaço hospitalar, na maioria das vezes, se mostra muito pouco acolhedor para lidar com a morte, principalmente, quando esta ocorre na maternidade. Um bebê que nasce morto é uma inversão da ordem natural de acontecimentos, fato que torna especialmente difícil para a equipe - os médicos, as enfermeiras e os psicólogos poderem lidar com ele. A função básica da equipe é facilitar a vinda da vida ao mundo e não da morte. O natimorto é um duplo registro de nascimento e morte ao mesmo tempo.

Atualmente, com tantos avanços tecnológicos na área da medicina fetal, a morte se tornou algo inaceitável. A morte de um bebê se transforma num estudo de caso, que merece questionamento do tipo: “se tivéssemos agido desta forma... se tivéssemos feito...?” Os médicos, principalmente, se sentem ameaçados pela culpa de não terem sido “suficientemente bons” em detectar o problema a tempo. Há dificuldades de explicar o acontecido e, em alguns casos, não há nenhum esclarecimento diagnóstico para parturiente. Isto significa freqüentes críticas à equipe de saúde, por parte dos enlutados e tornam o ambiente hospitalar mais “pesado”.

Na maternidade da Santa Casa de Misericórdia, onde foi realizado o estudo, pôde-se notar condutas semelhantes, mas existem algumas particularidades que dizem respeito a trajetória histórica da Santa Casa. A maternidade da Santa Casa está relacionada desde seu início e ainda hoje com o ensino da obstetrícia no Brasil tornando-se referência para práticas hospitalares e condutas médicas, por se tratar de uma maternidade escola.

A Santa Casa de Misericórdia vem de uma época em que os hospitais eram feitos para atender a população necessitada, onde o doente era objeto de caridade e campo de

experimentação clínica. A maternidade foi criada no final da primeira metade do século XIX, em 1847, mas só em 1884 com Visconde de Sabóia, obstetra da família real, que trouxe inúmeros melhoramentos ao ensino médico para o Brasil, que se criou a cadeira de clínica obstétrica e ginecológica na faculdade de medicina. Antes da vinda da família real para o Brasil a assistência médica era precária, que dirá da obstétrica. Obstetras não haviam. O que existiam eram mulheres curiosas, as chamadas “matronas” que pelo fato de haverem tido muitos filhos possuíam experiência para assistir outras mulheres, principalmente, escravas.

Desde o início, a cadeira de clínica obstétrica, na faculdade de medicina, ocupou o segundo pavimento do antigo hospital onde também funcionava a “sala de despacho” e ali permaneceu por longo tempo. BELFORT (1960) cita Fernando Magalhães, médico obstetra renomado, para descrever como era o ambiente hospitalar da maternidade por volta do início do século XX :

“Em duas salas contíguas acolhiam-se grávidas e puerperas; o princípio da separação não era muito respeitado, pois a lotação, preenchida de uma sala forçava o recebimento de uma gestante entre puerperas, ou, o contrário. Não se cuidava rigorosamente de isolamento, porque um pequeno quarto, mais destinado às doentes graves e servindo também para algumas intervenções, não tinha espaço para mais de duas camas.” (BELFORT, 1960, p. 453).

Hoje, a maternidade, curiosamente, se localiza ao lado da sala de necrópsia, ou melhor dizendo, o ambulatório do pré-natal divide o mesmo corredor com a necrópsia de todos “os hospitais” da Santa Casa. Entrando na maternidade observamos que numa enfermaria, designada para as gestantes, encontramos mais mulheres com os mais diversos

problemas que o estar grávida pode ocasionar. Caminhando mais um pouco encontramos a enfermaria de puérperas e aqui nitidamente sentimos uma diferença impressionante parece que o ar fica menos “pesado” que na enfermaria anterior. Na passagem de um estágio para o outro temos a sala de pré-parto, que muitas gestantes chamam de “sala da tortura”(sic) pois que a maioria delas ficam sós na sua dor e, quando vistas pelas “pessoas de branco” são tocadas ou “penetradas” (sic) várias vezes, fazendo-as sentir-se como “um objeto a ser experimentado” (sic). Não devemos cair no erro da generalização, mas notamos nestas gestantes a falta de uma maior preocupação com sua pessoa, além da falta de cuidado com a gravidade de seu quadro clínico.

A maneira como está estruturada a maternidade revela e confirma a forma ambivalente como a equipe de saúde lida com a gestação e principalmente quando ocorre a morte intra-uterina. Há uma tendência em “abafar” e desconsiderar os pedidos das gestantes, assim como se fazia desde o início do século na “sala de despachos”. Quando ocorre a morte na maternidade pode-se observar que alguns profissionais de saúde têm atitudes mais conscientes de seus limites e se mostram empáticos com a dor da perda no momento de transmitir a notícia para mulher e os familiares. Entretanto, a maioria da equipe apresenta uma conduta diferente, abafando as respostas à perda como também em relação ao desejo que a mãe manifesta por si mesma de ver e tocar no filho morto. Isto ocorre porque a equipe de saúde se identifica projetivamente com a parturiente e assim fazendo, usam o mecanismo de denegação, que significa tratar o fato em nível intelectual recusando ou negando a sua implicação afetiva. Viver a perda em um ambiente que é preparado para receber bebês vivos, que é uma maternidade, é muito doloroso e esta perda provoca fantasias persecutórias de

culpa na equipe de saúde que se expressam como: - “como não percebi isto antes?”... “como eu não salvei?”... “Eu fiz o melhor”... “a gente fez tudo”...

O contato com a mãe que sofre a morte de um filho desencadeia sentimentos de angústia, tristeza e vazio, o que torna este contato mais “pesado”, doloroso, e a expressão se torna insuficiente pela palavra. É preciso compreender esta linguagem silenciosa da morte, que contém atrás de si o grito.

“Mas as pessoas não só falam, como também silenciam. É preciso estar atento para a escuta do não-dito. As áreas de silêncio podem ser tão eloquentes quanto as da fala (...)” (AUGRAS, 1997, p.32).

A imagem tradicional da mulher é daquela que “sofre em silêncio”. Percebe-se que por trás desse silêncio existe um grito de dor disfarçado. O “grito silencioso” aqui é o da angústia, que a morte traz com o silêncio do corpo ou talvez com “o desaparecimento do corpo”. Se uma perda não encontra um canal de expressão, fica silenciosa reforçando e ampliando a perda.

Conforme já ressaltado na introdução, foi a partir dos os atendimentos clínicos hospitalares em caráter emergencial com mães de bebês natimortos que o objeto de estudo foi se delineando. A fim de tornar claro o que foi exposto até o momento, faz-se necessário voltar ao princípio ou melhor ao caso que consideramos como ponto de partida. Apresentação do relato se fará na íntegra para facilitar que o leitor entre na cena vivencial e possa acompanhar as considerações teóricas que se seguirão.

Este caso é importante por ilustrar as questões relativas as dificuldades que existem para encarar um natimorto dentro do âmbito hospitalar e o impacto emocional que a morte de um bebê natimorto produz na mãe primigesta, resultando no rompimento da unidade mãe-bebê e suas repercussões na família como um todo. Trata-se de uma mãe que insistiu em ver seu neném morto, mas vários impedimentos ocorreram que inviabilizaram o contato. Seu nome fictício é Mara e tem vinte e quatro anos. Natural do Rio de Janeiro, é solteira e o bebê que perdeu estava com trinta e oito semanas, ou seja, nove meses.

4.1 - RELATO DO PRIMEIRO CASO:

Encontro Mara sentada em seu leito como os olhos bem inchados (de tanto chorar) e fico por um momento silenciosamente ao seu lado. Após este breve silêncio me apresento dizendo que sou a psicóloga do plantão e pergunto a ela se poderíamos conversar.

Ela foi logo dizendo que estava sendo difícil de acreditar no que aconteceu. Disse: - “tudo estava correndo tão bem e de repente aquilo”. Então, pergunto se ela poderia falar sobre “*aquilo*”.

P : - Dra. eu perdi meu bebê.

T : - Você poderia me contar o que aconteceu?

P : - Eu comecei a sentir umas dores na barriga. E como trabalho aqui no Hospital vim à maternidade perguntar ao médico se estas dores eram normais, pois nunca fiquei grávida antes e como estou entrando no nono mês, então...

T : - você pensou que poderia ser um sinal para ganhar o seu neném?

P : - Sim...

T : - E o que foi que aconteceu quando chegou aqui?

P : - O médico me examinou e falou que eu precisava fazer uma cesariana logo, que não estava conseguindo ouvir o neném.

T : - Como você se sentiu com essas notícias?

P : - Eu fiquei assustada, mas, também, feliz.

T : - Como assim?

P : - Eu fiquei assustada, porque tudo foi muito rápido. Eu não esperava fazer uma cesariana, tinha medo, mas fiquei feliz pois iria ganhar logo o meu bebê. Quando o médico dizia que não estava conseguindo ouvir o neném, eu pensava que “ele” (o bebê) estivesse dormindo, enganando a todos.

T : - Inclusive a você?

P : - É verdade, mas eu sentia ele mexer.

T : - Então era “ele”, um menino?

P : - Não. Uma menininha... (começa a chorar).

Permaneço ao seu lado em silêncio, ouvindo o seu choro. Depois de um alguns minutos ela fala : - Eu quero ver a minha filhinha, quero ver seu rostinho, quero saber se era muito cabeluda. Eu não sabia se seria menina ou não, pois, na última ultrasonografia não deu para ver o sexo (falava como se estivesse desenhando na sua imaginação todas as feições da criança). Sabe, no fundo eu sabia que era uma menina e conversava muito com a minha barriga. Neste momento passa a mão pela barriga e as lágrimas deslizam sobre o seu rosto.

T : - O que sente ?

P : - Me sinto oca. É estranho não ter mais aquela barriga (continuou olhando para a barriga e as lágrimas escorriam sobre seu rosto).

Aguardei em silêncio e de certa forma também me senti “oca de expressão, de palavras”, sem saber o que dizer. Depois continuei: - Você falou que se sente oca, vazia, então você estava se sentindo preenchida com a presença do bebê?

P : - Sim (chora mais um pouco). Está difícil de entender, porque isso está acontecendo comigo. Eu fiz todo o pré-natal, estava correndo tudo bem.

T : - Você pode me falar como foi a sua gestação?

P : - Foi boa, não tive nenhum problema. O meu médico foi o Dr. G aqui do hospital. Eu já fazia um tratamento na cardiologia, porque tenho prolapso da válvula mitral. A médica me sugeriu que fizesse o pré-natal no mesmo lugar, para poder acompanhar a gestação.

Estava fazendo tudo direitinho.

T : - Quando você fala que “estava fazendo tudo direitinho”, me dá impressão que você está tentando encontrar onde foi que você errou, como se sentisse responsável pelo que aconteceu.

P : - É verdade. Eu não entendo o porquê?

Neste momento chequei com ela as informações dadas pelo médico ou melhor o que delas havia ela compreendido a respeito do deslocamento de placenta e suas possíveis conseqüências. Reforcei a importância de se esclarecer com o médico o ocorrido do ponto de vista clínico. Expliquei por mais que o “certinho” tivesse sido feito, isso não

evita o inesperado. Neste ponto indago sobre a gravidez, se havia sido planejada ou tinha acontecido inesperadamente.

P : - Aconteceu. Eu não esperava.

T : - E como você se sentiu ao saber que estava grávida?

P : - Fiquei assustada, mas feliz.

T : - E o pai do bebê?

Ela falou que ele ficou muito feliz, pois sempre quis ter um filho, mas não acreditava que pudesse ser pai. Contou que ele tinha tido um outro relacionamento e que, segundo ela, a mulher usou de artifício para não ter filho com ele e que havia abortado logo na primeira gestação. Disse que estão juntos há três anos, mas moravam em casas separadas, ela com a mãe e o irmão e ele com os pais, pois ainda não tinham conseguido montar uma casa para eles, pois ela precisava ajudar a sua família. Esta dependia do seu salário para se manter.

Mara disse que era a filha mais velha e que tinha mais três irmãos, sendo que apenas o caçula ainda morava com ela e sua mãe, pois os outros já estavam casados.

T : - Você falou da sua mãe, dos seus irmãos e o seu pai?

P : - O meu pai morreu há três anos .

T : - O que aconteceu?

P : - Eu e minha mãe cuidamos do meu pai por uns dois anos. Neste período ele teve dois derrames, um seguido do outro e no final tive que interná-lo aqui no hospital, onde ficou cerca de onze dias. No dia que eu havia decidido tirá-lo daqui, pois era o que ele queria, ele faleceu.

T : - Parece que você era muito ligada ao seu pai?

P : - Sim, eu amava muito meu pai. Eu era sua filha predileta.

T : - Então, o seu pai morreu aqui na Santa Casa (pausa) e agora é sua filha.

P : - É verdade, mais uma coincidência.

T : - Como assim “ mais uma coincidência”?

P : - Sabe, quando vim fazer o pré-natal a médica me disse que a data provável do meu neném nascer era justamente na data do falecimento dele.

T : - Como você se sentiu com esta notícia?

P : - Fiquei triste, mas depois fiquei contente pela coincidência.

T : - Parece que a perda da sua filha está te fazendo lembrar a perda de seu pai?

P : - É verdade. Me lembro muito dele, quando fui para sala de operação pedi o tempo todo para que ele me ajudasse, que me desse forças para eu ter meu neném.

T : - Parece que seu pai ainda continua muito presente em sua vida. O que ele diria para você, neste momento?

P : - Ele iria me dizer o que falava muito para mim, que o corpo morre, mas a alma é imortal e estaria sempre presente em espírito. Ele não gostava de me ver chorando e cada vez que me lembro dele paro de chorar.

T : - E você chorou a morte de seu pai, você pôde se despedir dele?

P : - Sim, eu chorei bastante e fui a última pessoa a falar com ele antes dele morrer.

T : - Parece que estar com ele foi muito importante para você?

P : - Sim ...muito importante.

T : - Talvez você esteja precisando fazer o mesmo com o seu filho?

P : - É. Eu quero ver a minha neném, quero saber como ela era. O Olavo (seu companheiro) já viu e minha mãe também. Eles me disseram que é a cara do pai, que não tem nada meu. Eu quero ver a minha filha, quando poderei vê-la?

T : - Bem Mara, é um direito que você tem de conhecer a sua filha e poder se despedir dela. Eu irei ver a possibilidade disto e já volto.

Saindo da enfermaria fui procurar o médico, o chefe de plantão, para perguntar a ele como poderíamos fazer. Ele se mostrou bastante empenhado e pediu-me para acompanhá-lo até uma sala no final do corredor (parecia ser da patologia). Quando saiu me comunicou que estava tudo acertado e que o Sr. A iria preparar um ambiente confortável para que ela pudesse ver o bebê e que a enfermeira J iria me comunicar para que eu pudesse levá-la até lá. Agradei o seu empenho e disse-lhe que, enquanto isso, iria continuar conversando com a paciente, o que ele achou providencial. Nos corredores da maternidade encontro com a família: seu companheiro, a mãe, um dos irmãos e uma prima que me pareceu ser muito próxima. Aproximo-me, primeiramente, do pai do bebê que segurava nas mãos o atestado de óbito e tinha em seu semblante um misto de tristeza e perplexidade. Você que é o marido de Mara, não é? Respondeu-me afirmativamente com a cabeça. Apresentei-me e disse que estava conversando com Mara.

T : - Está sendo muito difícil de acreditar no que aconteceu...

Ele, novamente, respondeu afirmativamente com a cabeça. Então, continuei:

- Parece que faltam palavras? Ele responde : - É, não sei direito (continuava de cabeça baixa e segurando papel, não sabendo muito o que fazer, parecia perdido).

T : - Talvez você estivesse preparado para um registro de nascimento, mas não de falecimento.

P : - Sim (continuava olhando com estranheza o atestado de óbito em suas mãos). Eu preciso ir em casa providenciar os papéis para liberar o corpo para o enterro.

Neste momento somos interrompidos pelo irmão da paciente dizendo que eles precisavam ver quais papéis iriam precisar, antes de irem em casa. Percebi naquele

momento que precisava ouvir a família como um todo. Perguntei se aquela senhora que estava no corredor muito tristonha era a mãe de Mara e eles confirmaram. Aproveitei para dizer ao pai que não precisava ir naquele momento se não quisesse, pois era muito importante que ficasse do lado de sua companheira, que ficassem juntos neste momento. Ele concordou, mas disse que não adiantava muito ficar ali parado se não podia entrar na enfermaria e falar com ela. Então, ele me pergunta como ela está e me pede para conversar com ela, para tirar da cabeça dela de querer ver o bebê. Pergunto o porquê?

P : - Ele me diz que a menina está muito roxa, inchada e não vai ser bom para ela ver a neném.

T : - Isto quer dizer que você viu a neném. E como foi para você ter visto?

P : - Foi bom, vi que ela era muito parecida comigo.

T : - Então, foi bom para você confirmar e conhecer a sua filha, porque não seria para Mara?

P : - Ah! Ela é uma pessoa muito impressionada, tenho medo que ela passe mal. Ela tem problemas de pressão.

T : - Entendo que você esteja preocupado com a saúde dela, mas quem tem que decidir se vai ser bom para ela é ela mesma, não acha?

P : - É, mas continuo achando que é melhor que ela não veja.

Neste momento somos interrompidos pela mãe de Mara, pois a mesma soube que eu era psicóloga que estava atendendo sua filha. Confirmei a sua suposição e ela me perguntou como sua filha estava e se poderia vê-la?

Falei que sua filha estava triste, mas que estava bem e iria ver, com o médico, a possibilidade dela poder estar com sua filha junto ao leito, pois na enfermaria as visitas eram proibidas. Aproveitei para conversar um pouquinho com a mãe de Mara, pois ela

estava muito nervosa e preocupada com a filha. Percebi mais uma vez o quanto aquela perda tinha abalado a família.

A mãe de Mara como num desabafo começou a contar que tinha 4 filhos, sendo Mara a única filha, antes dela nascer ela tinha perdido uma menina no sétimo mês de gravidez, pois tinha um mioma e não pôde levar a gravidez adiante. Tem outros netos, mas da filha seria o primeiro. Contou ainda que estava cheia de problemas, ou melhor, preocupações. Exemplificou dizendo que o filho ao seu lado estava desempregado e vivia, agora, de biscates. Além disso estavam vivendo uma situação de despejo e com muita dificuldade de encontrar uma casa que tivessem condições de pagar. Ela, agora, era pai e mãe daquela família já que seu marido tinha morrido há uns três anos (se emocionou)... e agora mais este problema. Disse que ela e sua filha é que, praticamente, mantinham a casa. Percebi que ela estava precisando falar mais, então sugeri a ela que conversasse com uma outra psicóloga do plantão em um lugar mais reservado, pois estava atendendo a sua filha e que esta, também, estava precisando de apoio. Ela concordou e assim foi feito.

Ao voltar para enfermaria falei com Mara que havia estado com sua família e ela logo me perguntou como eles estavam. Falei que todos estavam preocupados com ela, com seu estado e que queriam muito vê-la. Ela confessou o mesmo desejo, ou seja, de vê-los e disse que não queria que sua mãe a visse daquele jeito. Sua mãe era muito nervosa, tinha problemas de pressão alta e por isso estava preocupada com ela. Falei que ela estava sendo atendida por uma outra psicóloga da equipe.

Disse-lhe que estávamos (a equipe - médico, enfermeira e psicóloga) providenciando um lugar mais reservado para que ela visse sua filha. Expliquei que o seu bebê já tinha descido para sala de exames, fazer necropsia, e que isso era importante para conhecer a causa mortis de sua filha e para esclarecer dúvidas quanto a anormalidade de seu

bebê. Falamos mais um pouco sobre isso e neste momento chegaram, umas colegas de trabalho para falar com ela, então deixei-as a sós.

O tempo foi passando e nada estava sendo resolvido de concreto. A maioria dos profissionais de saúde do plantão não concordavam com o fato de mostrar o bebê à mãe, todos falavam de poupar a mãe de vê-lo, acreditando isto ser melhor para saúde dela. As dificuldades emocionais foram sendo justificadas pelo fato de ela ter feito uma cesárea e a vista do bebê poderia deixá-la ainda mais triste . Isto tudo somado ao fato de que, quando o corpo do bebê desce para exames, não é possível mais o seu retorno para a maternidade.

Isto tudo aconteceu durante o plantão. Entretanto, antes de deixar plantão fui ver Mara juntamente com a enfermeira J e disse-lhe que aquela enfermeira iria levá-la até o bebê assim que estivesse pronto. Falei que teria que ir embora, mas teria uma outra psicóloga no plantão com quem poderia conversar. Ela me agradeceu muito e então me despedi. Soube depois que Mara não conseguiu ver o seu filho natimorto.

4.2 - A quebra da unidade mãe-bebê :

Não se pode reduzir a experiência de ser do sujeito ao domínio da linguagem, pois a vivência de ser é da ordem do indizível. Assim como a vida é um mistério, no sentido de que é algo para o qual não há linguagem suficiente para desvendá-la, a morte, também o é. Quando se fala da morte a linguagem também é mortal, ou seja, a linguagem é limitada, insuficiente para expressar aquilo que se perdeu. As palavras escapam ao se buscar sentido, mas como atribuir sentido para aquilo que é sem sentido?

A linguagem é insuficiente para dizer o indizível que é a morte, que pode, as vezes ser chamada de palavras vagas, “*aquilo*”, como foi visto no caso de Mara. É difícil encontrar palavras para esta experiência inominável que é a morte de um filho ainda intra-útero. Esta morte representa uma ruptura abrupta e inesperada do curso gestacional onde “*tudo estava correndo tão bem e de repente aquilo*”. É uma quebra de expectativas e de continuidade de um estado que se estabelece na mulher no final da gestação: o estado da “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956).

O conceito de “preocupação materna primária” de WINNICOTT serve para a compreender o momento psicológico que a mulher está atravessando no último mês do processo gestacional. O autor descreve que a gestante vive um estado de sensibilidade aumentada que se instala especialmente no final da gestação e continua por algumas semanas do pós-parto. Há uma ligação profunda da mãe com seu filho antes e depois do nascimento. WINNICOTT diz: “(*...*) *comumente a mãe entra numa fase, uma fase da qual ela comumente se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, e na qual, em grande parte, ela é o bebê, e o bebê é ela*”(1994, p.04).

A mãe da “preocupação materna primária” é como Mara que desde o início estava se preparando para emergência de algo bom, vivo e criativo. Era aquela que no fundo sabia que estava gestando uma menina e a ultra-sonografia serviu apenas para confirmar algo que ela já sabia. Era aquela que “conversava com sua barriga”, que se sentia preenchida com a presença do bebê no útero, que construía imaginariamente sua filha e criava uma série de

expectativas em torno dela e de sua entrada na relação familiar. E o que acontece quando inexplicavelmente algo que estava vivo, mexendo, vibrante dentro dela morre?

A resposta encontra-se na própria fala de Mara. Ela diz: - "*Me sinto oca. É estranho não ter mais aquela barriga*". Ela experimenta uma sensação de esvaziamento de si mesma, de perda de parte de seu próprio corpo, pois ela não tem mais aquela barriga alvo de seu investimento libidinal e narcísico. Ela, então, sofre duas perdas concomitantes: da sua identidade como mãe que vinha se construindo ao longo da gestação e de parte de seu próprio corpo, pois é impossível estabelecer fronteiras precisas entre ela e o bebê que carrega em seu ventre.

Autores como KLAUS e KENNEL (1997) comparam a morte de um neonato como a amputação de um membro, ou seja, parte do *self* da gestante é perdida. Eles ressaltam que a mãe, tendo desenvolvido fortes sentimentos de apego em relação ao bebê que gesta, sente a morte intra-útero como uma parte de si mesma que é perdida. É extremamente dolorosa a aceitação de que não irá ter mais aquela parte e pode significar até uma perda da função do próprio corpo. Para compreender esta sensação de esvaziamento, de perda de parte do *self* é preciso rever o processo de gestação de um filho, ou seja, o que acontece neste processo que faz com que a mulher sinta a morte de seu filho como parte de si mesma que é perdida?

Pode-se perceber o quanto isto é importante no próprio caso quando Mara aponta para sua barriga, tendo a sensação de que seu bebê, embora morto, está se mexendo dentro dela, o que torna difícil acreditar que a criança tenha realmente morrido. O que acontece, freqüentemente, é que o bebê, sem vida, está solto no líquido amniótico e por este

motivo se desloca dentro do útero, e a mãe, aliada a sua esperança de vida, pode interpretar este deslocamento como presença de vida do bebê.

O caso de Mara ressalta um outro ponto importante que é a necessidade de se buscar uma explicação para o acontecimento da morte. Uma pergunta sempre parece ficar rondando: - *“Eu não entendo o porquê?”* Há nessa pergunta uma necessidade de compreensão, que se mistura com um sentimento de se sentir responsável, como quando ela diz: *“Estava fazendo tudo direitinho”*. Parece que este mecanismo de se buscar o que pode ter ocorrido encontra-se no próprio processo de luto onde o enlutado fica buscando explicações para a morte.

Ela “revisita” a sua história que a remete ao processo de luto do pai e revive tais emoções para elaborar a morte de seu filho. Pode-se perceber isto quando logo no início, ela foi ao pré-natal e a médica lhe disse que a data provável de nascimento do bebê era, coincidentemente, a data de aniversário de morte do seu pai. Ela mesma diz: *“fiquei triste, mas depois fiquei feliz pela coincidência”*. A partir daí houve uma presença da ausência viva de seu pai em todo seu curso gestacional. Quando se refere ao momento do parto: - *“me lembro muito dele, quando fui para sala de operação pedi o tempo todo para que ela me ajudasse, que me desse forças para eu ter meu neném”*. E principalmente no momento de luto: *“Ele iria me dizer o que falava muito para mim, que o corpo morre, mas a alma é imortal e estaria sempre presente em espírito. Ele não gostava de me ver chorando e cada vez que me lembro dele, paro de chorar”*. É possível, portanto, ver o seu psiquismo buscando entendimento numa outra vivência de perda significativa que Mara sofreu, com a morte de seu pai.

Uma das motivações para a insistência de Mara em querer ver a sua filha natimorta é que talvez ela precisasse fazer o mesmo que fez com o seu pai, ou seja, reconhecer a sua morte e se despedir dele. Ela mesma verbaliza o que significou este momento de despedida, ela diz : *“foi muito importante”*. O outro fator motivador pode ser a necessidade de conhecer o bebê, saber como era. Ela diz: *“eu quero ver a minha filhinha. Eu quero ver o seu rostinho, se era cabeluda”*. Mais adiante no relato ela continua: *“eu quero ver a minha neném, quero saber como ela era . O Olavo (seu companheiro) já viu e minha mãe também. Eles me disseram que é a cara do pai, que não tem nada meu”*. Há uma necessidade de ver o bebê para poder conhecê-lo e depois reconhecê-lo como seu. Ela precisa reconhecer algo seu na sua descendência, algo com o qual possa se identificar para a partir daí criar uma imagem de sua filha e poder incorporá-la dentro de si como um bebê separado de seu corpo e deste modo iniciar o processo de elaboração do luto.

Neste caso cabe destacar que a morte de um natimorto não afeta só a mulher, mas ao casal e a família como um todo. Segundo WALSH e MCGOLDRICK (1998) e BOWEN (1998) a morte de um ente da família produz uma alteração no sistema familiar como um todo. O choque e a dor de uma perda traumática perturba o equilíbrio familiar, gera uma redistribuição de papéis e, de modo mais grave, a dissolução da família. BOWEN (1998) apresenta o conceito de “onda de choque emocional” para descrever uma série de reações e de acontecimentos que se propagam ao longo da história da família, em consequência da perda de um familiar.

No caso em questão, Olavo, o pai do natimorto, parece estar em “estado de choque” diante da situação e como sua mulher, também fica sem palavras, mas seu silêncio diz tudo. Percebe-se que ele está profundamente enlutado, pois sua filha significava um grande sonho de se tornar pai. Entretanto, este sonho se transformou num pesadelo e, deste modo, ele não consegue tirar os olhos do atestado de óbito que segura em suas mãos, como se aquele papel fosse o único registro de realidade, ao qual ele pudesse se agarrar.

O sentido de paternidade foi resgatado por Olavo quando ele viu sua filha, ele diz: *“Foi bom, vi que ela era muito parecida comigo”*. Ele sofre mais um duro golpe narcísico no seu desejo de ser pai que mais uma vez não se concretiza. Ele ao ver sua filha a registra psiquicamente e a guarda na memória como parte sua que se foi. Este momento de encontro com a sua filha foi importante porque ele pôde conhecê-la para depois reconhecê-la como sua filha, confirmando a sua paternidade, anteriormente posta em dúvida, e dar início ao processo de luto.

A presença do pai é importante porque é ele quem vai dar continuidade ao processo de ajudar a mulher a se recompor, pois como foi visto no início, Mara ainda se encontra no estado da “preocupação materna primária” e precisará de alguém que possa ajudá-la a retomar sua unidade, voltar ao seu equilíbrio narcísico. Aliás isto é algo que ele já começa a fazer quando ele pergunta sobre o estado de saúde de Mara : “ como ela está?” e mais adiante ele se mostra preocupado com a possibilidade de acontecer algo com a mulher caso ela veja a neném, ele diz: *“Ah! Ela é uma pessoa muito impressionada, tenho medo que ela passe mal. Ela tem problemas de pressão”*.

Para que o encontro dos pais com o bebê se efetive é preciso a criação de um ambiente acolhedor dentro do ambiente hospitalar. A mãe, ao sentir-se amparada, tem melhores condições de atravessar a sua própria experiência de desamparo, de sentir-se só frente a morte de seu bebê. Ela vai precisar do suporte da equipe de saúde (médico, enfermeira, psicólogo) e, principalmente, do pai do seu filho, que poderá fornecer apoio continuado depois que deixarem a maternidade. Isto é importante porque ela ainda se encontra em um estado muito regressivo tal qual um bebê.

Para finalizar os comentários, volta-se para questão do ambiente hospitalar que, como já foi dito, tem a tendência de “abafar” as manifestações de luto. Na prática os profissionais de saúde não estão preparados para o contato com situações tão angustiantes quanto esta. Percebe-se, claramente, isto pelo próprio comentário da psicóloga durante o atendimento: *“Aguardei em silêncio e de certa forma também me senti ‘oca de expressão, de palavras’, sem saber o que dizer”*. A psicóloga também fica sem palavras, sem “o seu saber” para dizer algo. Resta-lhe estar empaticamente partilhando a dor com o enlutado, como diz MANNONI: *“A morte, na medida em que se assemelha ao **inominável**, deixa o sujeito sem palavras para abordar aquilo que o toca na provação que ele partilha como o enlutado”*(1995, p.57).

A noção de perda é diferente para o médico e para mulher. Para os médicos e os profissionais de saúde quando um bebê morre, sua morte traz a noção de fracasso e quebra de sua fantasia de onipotência sobre a vida. O médico, por exemplo, se sente fracassando e vários procedimentos o impulsionam para a fuga da situação angustiante, como a necessidade de procurar a causa do falecimento, e, portanto, enviar o corpo do bebê

rapidamente para autópsia para investigar a causa mortis. Os profissionais de saúde se sentem receosos em mostrar o corpo morto do bebê à mãe, por que não sabem o que enfrentarão em termos de expressão emocional do pesar.

Portanto, no hospital há pouco espaço para expressão da dor, do pesar, da angústia que a morte traz. Há uma espécie de recalque da dor ao invés de ritualizá-la, manifestá-la. A reação à perda é silenciosa, “(...) *como se falar do morto trouxesse má sorte para os vivos*” (MANNONI, 1995, p. 46). Se uma perda não for expressa fica oculta e favorece ao desenvolvimento de um estado melancólico no enlutado.

5. A NECESSIDADE DE APOIO NA EXPERIÊNCIA DA PERDA

*“Para isso fomos feitos
Para lembrar e ser lembrado
Para chorar e fazer chorar
Para enterrar os nossos mortos
Por isso temos braços longos para os adeuses
Mãos para colher o que foi dado
Dedos para cavar a terra...”¹¹*

(Moraes, 1992, p. 144).

A perda de um filho no final do processo gestacional é um momento de risco para o sentido de continuidade de ser da própria pessoa. Cada mulher irá viver a ruptura de uma determinada maneira, dependendo não só de sua história pessoal, mas também do ambiente que a envolve. Ela precisa de apoio neste momento de perda de um filho, porque ela, ou melhor, parte dela, está ameaçada por esta perda vivida como um ataque à sua própria vida. O filho era parte do próprio Eu da gestante e ao mesmo tempo seu objeto de amor.

Este aspecto é relevante para a experiência do encontro entre mãe-bebê natimorto, pois a mãe se encontra num estado regressivo, quase como um bebê, necessitando de um meio ambiente adaptativo à ela que lhe forneça um suporte para atravessar esta experiência. Ela necessitará de alguém que possa fazer para ela, o que ela faria com o bebê, caso ele vivesse pois parte dela se mantém identificada com ele. A mãe precisa que alguém a sustente e possa estar ao lado dela nos momentos de separação: momento do parto e no momento de encontro com o seu bebê natimorto. A mãe, frente a esta situação, precisará de

¹¹ Trecho da poesia “Poema de natal” de Vinicius de Moraes.

um ambiente acolhedor que possa ampará-la pois corre o risco de se perder, de desorganizar-se psicologicamente.

WINNICOTT (1990) descreve a necessidade de construção de um amparo ambiental, que ele denominou de “holding”, cujo objetivo é o de fornecer à gestante um ambiente adaptativo às suas necessidades físicas e psíquicas, permitindo que a mesma se sinta integrada como uma unidade, não perdendo noção de si mesma. O conceito original de “holding” na teoria Winnicottiana baseia-se na capacidade da mãe de se identificar com o bebê e representa tudo aquilo que ela faz pelo bebê nesse período de dependência absoluta do mesmo, funcionando como um “ego-auxiliar”. “O ambiente de Holding” inclui o pai ou melhor a “função-pai” que, como função, pode ser exercida por qualquer pessoa cuja tarefa será de criar um espaço seguro e confiável para que a gestante possa vivenciar plenamente o estado da “preocupação materna primária”.

O “amparo ambiental” é mais um aspecto que precisa ser destacado na natimortalidade. Na morte intra-uterina a mãe precisará, mais do que qualquer outra coisa, de receber este amparo para o qual ela se preparou por tanto tempo em dar, pois se encontra em um momento de profundo desamparo tal qual um bebê e precisa de uma “mãe suficientemente boa” que possa ajudá-la na reintegração de seu *self*. Este aspecto que será privilegiado na apresentação do material clínico, ou seja, a importância de um “ambiente suficientemente bom” para que a mulher possa atravessar a experiência de morte intra-uterina. Será vista, também, a importância de se fazer um “rito de despedida” do bebê natimorto.

O nome fictício é Lúcia e tem vinte e quatro anos, natural do Maranhão, mas vive no Rio de Janeiro desde um ano de idade. É casada, multigesta, possui uma filha que está com cinco anos de idade e o bebê que perdeu estava com trinta e seis semanas de gestação.

5.1 - Relato do segundo caso:

Após Lúcia ter expressado o desejo de conversar sobre a perda de seu neném, dirigimo-nos a um lugar um pouco mais reservado - seu leito. Antes de saber o que de fato tinha acontecido, procurei tomar conhecimento de como ela estava se sentindo naquele momento. Ela foi respondendo que apesar de triste se sentia bem melhor que no dia anterior, quando foi seu parto. Contou o quanto a médica tinha sido legal com ela, que foi muito atenciosa, explicando para ela que, como era jovem, poderia ter outra gravidez, ou seja, ter outros filhos. Continuou falando o quanto foi importante a psicóloga ter estado do lado dela e complementa dizendo: - “Se não fossem elas eu não teria conseguido”. Aproveitei a sua fala e perguntei: O que estava difícil de conseguir? Ela, então, me responde:

P : - Estava difícil parir. Senti muita dor para ter, pois a Dra. me explicou que seria melhor para mim se fosse parto normal, então me colocou no soro para ajudar a sair o neném. Demorou para sair porque a Dra. disse que ele estava atravessado. Senti muita dor...

T : - Você fala de muita dor neste parto... É seu primeiro filho?

P : - Não, eu tenho uma menina que está com quase cinco anos e tive ela de parto normal, mas foi muito diferente deste.

T : - O que aconteceu?

P : - Eu não sei, de repente, na quinta-feira não senti mais o neném mexer, senti um pouco de sangue sair e fui logo no Hospital Paulino Werneck, na Ilha, e o médico me disse que não escutava o neném e que ele estava morto. Aí vim na sexta-feira para Santa Casa e bati uma ultra com Dr. C, que me disse que não estava conseguindo escutar o neném e me falou para ir no sábado na clínica onde ele trabalha, na Ilha, para poder verificar em outro aparelho. No sábado, ele confirmou comigo que realmente estava morto.

T : - Você falou que na quinta-feira percebeu que seu neném tinha parado de mexer, aconteceu alguma coisa neste dia?

P : - Não, eu não levei nenhum tombo. Eu não entendo como isto aconteceu, eu vinha fazendo o pré-natal certinho.

T : - Acho que você está tentando encontrar uma explicação para o seu neném ter morrido.

P : - É sim, foi tão de repente.

T : - Deve estar sendo muito difícil de entender que você perdeu o seu neném pois você estava se preparando para ganhá-lo?

P : - É verdade, mas a minha gestação foi meio tumultuada.

T : - Como assim ?

P : - Com três meses eu tive ameaça de aborto, comecei a perder sangue. Fui no Hospital Paulino Werneck e eles me disseram que eu estava com princípio de aborto e me deram uma injeção para dor. Agora, fiquei um mês na casa de minha mãe, pois ela fez uma operação de mioma e teve que ficar de repouso, então fui para lá para cuidar e fazer as coisas para ela e me aborreci muito com meu padrasto, pode ser que tenha afetado a criança. Achei estranho que há duas semanas atrás eu vim na consulta do pré-natal e falei que estava perdendo um pouquinho de sangue. Falei com a médica e

ela me disse que era assim mesmo pelo próprio deslocamento do neném na barriga.

Achei estranho porque na minha primeira gestação não tive nada disso.

T : - Você falou que há duas semanas atrás sentiu algo estranho e falou também que se aborreceu muito com seu padrasto, você acha que pode ter alguma ligação?

P : - Eu não sei , mas estava *doída* para ir para minha casa, pois a gente não se fala.

Quando eu entrava na cozinha ele saía e eu tinha que fazer as coisas para minha mãe que estava operada. Estava um clima muito ruim.

T : - Aconteceu alguma coisa para vocês não se falarem ?

P : - Eu acho que ele tem raiva de mim porque eu contei para minha mãe, que ele ficava me alisando quando eu era menor. Ele me colocava no colo e me alisava.

T : - Quantos anos você tinha ?

P : - Uns doze anos mais ou menos.

T : - E você já entendia o que ele fazia com você.

P : - Sim, eu não contei nada para minha mãe até eu sair de casa. Eu guardei só para mim, só depois que eu estava com dezoito anos que contei para minha mãe.

T : - Então, guardou este segredo com você durante estes anos todos.

P : - É, só consegui falar disso para minha mãe quando não morava mais lá, na casa dele.

Só pensava em ter condições para sair de casa. Daí comecei a trabalhar cedo.

Lúcia conta que começou a trabalhar desde os quinze anos numa fábrica de roupas. Aprendeu a costurar e em dois anos já era uma das costureiras da fábrica. Com seu dinheiro começou a comprar suas “coisinhas”. Quando estava com dezoito anos e com uma certa independência financeira conheceu seu marido e acabou engravidando e como estava “doída” para sair de casa resolveu ir morar com ele.

T : - Parece que no momento em que você volta à casa de sua mãe é como se voltassem essas lembranças em relação ao que você viveu.

P : - É verdade.

T : - Mas você não mora mais lá, tem sua própria casa. Você falou que tem uma filha. Com quem ela está, agora?

P : - Está com a minha mãe.

T : - E ela costuma ficar com sua mãe ?

P : - Sim, mas não gosto muito dela na casa de minha mãe por causa do meu padrasto, se bem que ele adora ela.

T : - Talvez você esteja temendo que ele possa fazer com ela o que fez com você ?

P : - É verdade, mas sei que a minha mãe está cuidando bem dela. Ela adora esta neta.

T : - Então a sua filha não é a única neta ?

P : - Não, meu irmão mais velho tem um menino e uma menina, mas minha filha é mais agarrada com a minha mãe.

T : - É só você e seu irmão?

P : - Por parte de pai e mãe sim, somos só nós dois. Tenho um irmão mais novo, que está com quinze anos, filho da minha mãe com meu padrasto.

T : - E por parte de pai?

P : - Não. Eu não tenho muito contato com ele. Eu tinha seis anos quando meus pais se separaram. Ele era muito ignorante com minha mãe quando bebia.

P : - Ignorante como?

T : - Ah! O que eu me lembro é que ele xingava, quebrava as coisas dentro de casa, até que minha mãe resolveu largá-lo.

Contou que sua mãe saiu de casa com ela e o irmão e foram morar na casa de uma tia que tinha mais três filhos e que esta tia cuidava deles para sua mãe poder trabalhar. Depois de um ano e meio sua mãe conheceu seu padrasto e foi morar com ele levando ela e o irmão. Em relação ao pai contou que ele voltou a morar no Maranhão e só teve contato com ele há mais ou menos quatro anos quando foi passar férias lá, mas diz não gostar dele. Aproveitei o momento para indagá-la sobre o pai de sua filha e ela me responde:

P : - Ah! esta é uma história bem longa. Ele morreu há uns três anos.

T : - O que aconteceu?

P : - Quando eu o conheci ele estava bem, depois começou a se envolver com drogas. Fui, eu praticamente, que comecei a sustentar a casa e fui conversando com ele, até que ele começou a largar, mas tinha umas pessoas com quem ele andava, que começaram a influenciá-lo novamente. Nós brigamos por causa disto e eu saí de casa e resolvi passar um mês de férias no Maranhão. Ele pensou que eu o tivesse abandonado e começou a se envolver de novo com as drogas. Quando eu voltei ele estava preso. Pensei que não gostasse mais, mas quando o vi preso percebi que sentia muito sua falta e ainda gostava dele. Passei um mês visitando ele na cadeia até ser solto.

T : - Como assim, solto?

P : - Ele ficou preso só um mês, pois a polícia o havia prendido porque ele aparecia numa foto com pessoas suspeitas e algumas armas. Logo depois que a polícia o soltou uns caras lá do morro (do comando) atiraram nele e num colega, que não tinha nada a ver

com a história, matando os dois.

T : - Como você recebeu a notícia?

P : - Eu estava no trabalho e ouvi no rádio que tinha acontecido um tiroteio no morro.

Quando voltei para casa uma vizinha cruzou comigo e me olhou, mas não falou nada até que uma outra comentou “ainda com uma filhinha tão pequena” aí eu soube que tinha sido ele. Saí correndo pela rua chorando e a minha vizinha foi atrás de mim, acolheu-me e conversou muito comigo até eu me acalmar.

T : - Aqui, também, você falou que se sentiu acolhida pela psicóloga e pela médica num momento de sofrimento, de muita dor ...

P : - É sim.

T : - E você pôde se despedir do seu marido?

P : - Não, eu queria ir no IML, no enterro, mas a minha mãe não deixou. E falou que eles tinham arrancado com a faca uma parte do rosto dele. Ela ficou com medo deles marcarem meu rosto e fazerem algum mal a mim e a minha filha.

T : - E como esta morte ficou para você?

P : - Ah! eu queria ter visto mesmo com o rosto cortado.

Contou que depois da morte de seu marido ela e sua filha foram morar com uma prima e que esta passou a tomar conta de sua filha para ela poder trabalhar. Sublinhei para ela: - Assim como fez sua mãe, que deixou você e seu irmão com uma tia enquanto ia trabalhar?

P : - É verdade.

T : - Você continua morando com sua prima?

P : - Não, eu estou morando junto com uma pessoa há um ano.

T : - Então, esse filho que você perdeu é desse relacionamento?

P : - Sim, ele ficou muito triste quando soube, pois, ele não tem filhos e ainda mais que queria um menino.

T : - E você como se sente?

P : - Estou muito triste, já chorei tanto que não tenho mais lágrimas, mas hoje estou mais conformada penso muito na minha filha de quatro anos que precisa muito de mim.

T : - O que pensa?

P : - Estou pensando no que vou falar para ela quando chegar em casa sem o neném.

T : - E em relação ao pai dela você chegou a falar alguma coisa?

P : - Sim, eu falei com ela que o pai dela tinha morrido, que estava morando lá no céu está junto com o papai do céu. É isso que vou falar que o irmãozinho dela foi para o céu e está junto com o papai do céu também. E, agora, o que acontece com o neném?

T : - Como assim, o que você quer saber?

P : - A psicóloga falou que eu poderia ver o meu neném, como eu faço para fazer isso? É lá embaixo perto do pré-natal que ele fica?

T : - Bem, não sei se ele está lá embaixo, posso ver para você se for esse o seu desejo?

P : - Eu quero ver sim.

T : - Lúcia, alguém chegou a falar com você sobre um exame que geralmente se faz no neném para esclarecer o que aconteceu com ele?

P : - Me perguntaram se eu deixava fazer esse exame, mas eu não entendi muito bem como é que é.

Expliquei-lhe da importância da necropsia e de recolherem o sangue da sua placenta para futuros esclarecimentos quanto a causa mortis de seu filho. E Perguntei: - você chegou a autorizar a necropsia?

P : - Sim. Será que eles já fizeram? Eu queria vê-lo, você pode me levar lá?

T : - Lúcia vou ver aonde seu neném está e da possibilidade de vê-lo e já volto.

Neste momento fui procurar o Sr. S, responsável em levar o corpo para necropsia. Fomos na geladeira da maternidade e ele viu que o corpo ainda estava lá. Pedi para que ele retirasse a fim de ver em que estado se encontrava, antes de mostrar para mãe.

Sr. S começou a descobrir o bebê, que estava enrolado num pano. Seu rosto estava “bem amassado” e até aonde pude ver seu corpinho estava “bem machucado”, com algumas partes sem a pele, o que numa linguagem médica seria correto dizer - macerado. Pedi para o Sr. S aguardar um pouco que iria confirmar com a mãe se ela realmente desejava vê-lo.

Ao encontrar com Lúcia falei-lhe que tinha conseguido localizar seu neném e que ele estava um pouco “machucadinho” e que como havia morrido alguns dias na sua barriga o seu aspecto não estava muito bom, mas que era um direito seu vê-lo, conhecê-lo, para poder se despedir dele. E ela confirmou mais uma vez seu desejo.

Sr. S já nos aguardava e assim que chegamos ele cuidadosamente descobriu o rosto do neném. Ela se aproximou daquele corpinho e ao descobri-lo mais um pouquinho percebeu que o pescoço estava bem machucado e até aonde pude ver uma das mãos do neném estava sem a pele. Sr. S habilidosamente falou que ele estava assim por estar na geladeira, que o bebê vai soltando a pele. Quanto a mim fiquei ao seu lado, em silêncio, só observando: Ela tocou no rosto, acariciou e por fim abriu os olhos do seu filho.

No mesmo momento que em que ela se despedia de seu filho pude observar os vários olhares: da enfermeira curiosa; da faxineira com pena; do Sr. S com complacência e o meu próprio olhar diante da dor, da tristeza e como é difícil se deparar com a realidade.

Ela quis acompanhar o Sr. S voltando a cobrir o neném e abrindo a geladeira e neste momento, faz uma pergunta para ele: - Tem mais algum neném aí além do meu? E Sr. S responde que sim. Depois de devolver o corpo à geladeira, ele se retirou e ficamos mais um pouco ali. Perguntei como ela estava se sentindo? Ela respondeu emocionada e com os olhos bem molhados:

P : - É o que eu não pude fazer com meu marido.

T : - Interessante você se referir ao seu marido como se ele ainda fosse seu marido?

P : - É a minha mãe comenta comigo a mesma coisa e diz que eu ainda continuo ligada a ele.

T : - E como você vê esse comentário?

P : - É, eu fiquei muito tempo com essa sensação que ele iria aparecer a qualquer momento, que ele estava desaparecido.

T : - Se você tivesse tido a chance de vê-lo, de se despedir dele, como fez com seu filho...

P : - É, agora, eu fiz o que queria ter feito, mesmo quando me disseram que seu rosto estava machucado, mesmo assim eu queria ter visto.

T : - E o que sente depois de ter visto o seu bebê?

P : - Triste, mas bem. Pude vê-lo.

T : - Você pôde ver com seus próprios olhos e saber que este bebê não existe mais. Você abriu os olhos do seu neném, porquê?

P : - Queria ver como eram, a cor dos olhos.

T : - Acho que você precisava ver o olhar de seu filho. Dizem que os olhos são as janelinhas da alma...

Olha para mim ainda com os olhos bem marejados e fica em silêncio. Nem precisava falar, pois seus olhos já diziam tudo. Indago a ela, mesmo assim, se quer falar mais alguma coisa? Ela responde que não, me agradece por ter estado ali com ela. Diz que irá ligar para sua mãe para providenciar o enterro. E nos despedimos.

5.2 – O momento de separação da unidade mãe-bebê:

O momento de separação da unidade mãe-bebê na natimortalidade é altamente complexo porque não significa apenas separação, mas abrange também perda e morte. A mulher perde um filho porque ele morreu no mesmo momento em que ela teria que se separar dele por seu nascimento. São três registros que vibram juntos no mesmo instante e que somados podem significar um momento de risco de desorganização psíquica para gestante. Esta corre o risco de se perder, de entrar num estado de confusão mental já que se encontra num estado de retraimento psicológico, num estado de sensibilidade alterada, ou seja, pronta para acolher seu bebê pelo estado da “preocupação materna primária”.

A mulher durante a gestação vem sendo adaptada para um momento de separação, de passagem que é o momento do parto. A mulher se prepara para um tipo de dor, que ela sabe que vai cessar, que tem um fim com a expulsão do bebê vivo. O que ela não está preparada para suportar é a dor emocional que é parir um filho morto. Isto reforça a necessidade de um ambiente que possa servir de suporte para que a mulher ao atravessar a experiência não se desestruture.

WINNICOTT em seu artigo de 1949 “Recordações do Nascimento, trauma do nascimento e ansiedade” faz uma diferenciação entre o que ele considera como trauma do nascimento e experiência do nascimento. O nascimento ou parto é um momento de passagem do mundo interior para o exterior, um momento aguardado porque faz parte da linha de continuidade da unidade mãe-bebê. Ele diz:

“possivelmente a experiência do nascimento pode ser tão suave, que não chega a ter muita importância. Este é meu próprio ponto de vista no momento. Em oposição a isto, a experiência de nascimento cuja anormalidade ultrapasse um certo limite torna-se trauma do nascimento, passando então a ser imensamente significativa” (WINNICOTT, 1993, p.321).

O autor diferencia “a experiência de nascimento” do “trauma de nascimento”, sendo este último algo que quebra o sentido de continuidade da unidade mãe-bebê, por exemplo, quando o trabalho de parto é demasiadamente prolongado o que ocorre é um grande aumento do nível de estresse, que dependendo da gestante pode se constituir numa experiência traumática que interrompe o sentido de continuidade de seu ser e que é vivenciada como uma ruptura de si mesma.

Neste caso a própria Lúcia parece fazer uma comparação analógica entre a experiência de nascimento que ocorreu na primeira gestação de sua filha e o trauma de nascimento que foi parir um filho natimorto, ela diz: *“tive ela de parto normal, mas foi muito diferente deste”*. Ela continua: *“Estava difícil parir. Senti muita dor para ter... Demorou muito para sair ...senti muita dor”*. Talvez o aspecto mais difícil desta experiência traumática

de parir um filho morto seja a dor emocional pois não se pode determinar o seu fim e esta, somada a dor física, amplia ainda mais a experiência.

O trauma do nascimento pode ganhar força ao se misturar com outros fatores ambientais igualmente traumáticos como uma intervenção médica mais invasiva passando a fortalecê-lo e a ser fortalecido por ele. O que se vê no caso de Lúcia é a importância da presença de alguém do momento do parto, principalmente em se tratando do parto de um bebê natimorto. Ela mesma fala da presença da psicóloga e da médica que com seu apoio diferenciado e complementar fizeram com que a experiência traumática de parir um natimorto não se ampliasse. Ela se sente amparada em sua dor física e psíquica no momento do parto, ela diz: “ *se não fossem elas eu não teria conseguido*”. O que Lúcia quer dizer é que frente a esta situação de dor absoluta que é parir um filho morto deve-se ter alguém que possa “estar com” ela num momento de extremo desamparo que é o momento do parto.

Para reafirmar esta necessidade recorre-se mais uma vez ao texto de WINNICOTT que utiliza a própria citação de uma mulher para descrever o que é o momento do parto:

“(...) mesmo admitindo-se que a mulher seja bastante amadurecida emocionalmente, o processo todo do trabalho de parto e do nascimento rompe tantos mecanismos de controle que a gente necessita do máximo de assistência, consideração, incentivo e familiaridade por parte da pessoa que nos assiste (...)” (1993, p.66).

O que WINNICOTT está querendo dizer é que a mulher na experiência normal de parto precisa de um ambiente acolhedor que possa sustentá-la. Ela precisa de uma

provisão de cuidados psíquicos e físicos que ajudam a manter o seu *self* integrado para que ela não se sinta “desmoronando”. É preciso ter alguém que possa decodificar para ela que o parto é apenas um momento de passagem de qualidade de gestante para não-gestante; alguém que possa oferecer um sentido de continuidade de que a separação no momento do parto não significa ruptura de seu próprio *self*. A mulher no momento do parto se sente ameaçada porque ela se encontra no estado da preocupação materna primária que a deixa tão vulnerável quanto um bebê porque parte dela é bebê e o bebê é ela.

WINNICOTT chama estes dois tipos de cuidados de Holding¹¹ e handling¹² que seriam o fornecimento de um suporte psíquico e físico, respectivamente.

“Embora a fase do suporte na teoria Winnicottiana seja equivalente à fase de estar fundido ou de dependência absoluta, o apoio egoico continua sendo uma necessidade da criança em crescimento, do adolescente e, por vezes do adulto, sempre há uma pressão que ameaça confusão e desintegração” (DAVIS, 1982, p.115).

Se WINNICOTT está afirmando que no momento do parto de um filho vivo a mulher precisa ter um suporte porque corre o risco de se desintegrar, que dirá se a este momento se somar a morte do bebê ? Isto significa que a mulher precisará de um suporte ainda maior para atravessar a experiência de parir um bebê natimorto como foi o caso de Lúcia.

¹¹ Holding seria fornecimento de cuidados psíquicos e físicos que tem como objetivo oferecer um espaço de segurança para pessoa ao se sentir amparada poder se reestruturar. Alguns elementos que fazem parte do Holding são: a escuta, a clarificação de dúvidas o olhar dentre outros.

¹² Handling ou manejo é um aspecto do holding que diz respeito ao manejo adequado do corpo satisfazendo necessidades de movimento e expressão corporal, que ajuda na integração do psiqui-soma.

Um outro momento em que se pode destacar a importância de se ter apoio, de um ambiente suporte é no momento de separação simbólica do filho natimorto, ou seja, no momento em que a mãe vê o seu filho morto. Percebe-se nitidamente a importância de “um manejo” da situação feito pela equipe de saúde, principalmente pela psicóloga, até que a mãe possa ver o corpo do filho natimorto. Para destacar alguns trechos: *“Fomos na geladeira da maternidade... pedi que ele retirasse a fím de ver em que estado se encontrava, antes demonstrar à mãe... ao encontrar com Lúcia falei-lhe que tinha conseguido mostrar à mãe... ao encontrar com Lúcia falei-lhe que tinha conseguido localizar o seu neném e que estava um pouco “machucadinho” e que como havia morrido alguns dias na sua barriga o seu aspecto não estava muito bom.... assim que chegamos ele (Sr, S) cuidadosamente começou a descobrir o rosto do neném... o Sr. S habilidosamente falou que ele estava assim por estar na geladeira, que o bebê vai soltando a pele... quanto a mim fiquei ao seu lado, em silêncio...”*. Talvez esta seja uma das principais tarefas do psicólogo que é o de viabilizar este encontro da mãe com natimorto preparando o ambiente tanto físico quanto psíquico, criando um “setting” que permita a mãe realizar o seu desejo de ver e tocar no bebê natimorto.

O momento de encontro de Lúcia com seu filho natimorto se transforma num rito de separação da unidade mãe-bebê: *“Ela tocou o rosto, acariciou, e por fím abriu os olhos do seu filho... ela quis acompanhar o Sr. S voltando a cobrir o neném e abrindo a geladeira...”*. Parece que este momento já era há muito tempo aguardado por ela a tal ponto de se converter em uma verdadeira necessidade que ela mesma explicita: *“É o que eu não pude fazer com meu marido”*. Ela no mesmo momento em que está fazendo um rito de

separação de seu filho faz, também, um rito de despedida de uma perda anterior a do ex-marido que foi evocada no momento de morte do filho.

Ao se olhar para o relato de Lúcia tem-se a nítida impressão que o seu ex-marido continua vivo como um obstáculo invisível, como um desaparecido. Ela mesma diz: *“É, eu fiquei muito tempo com a sensação que ele iria aparecer a qualquer momento, que ele estava desaparecido”*. Isto ilustra bem qual o destino que pode tomar a morte de um natimorto quando o bebê não é visto.

O bebê gestado fica como o ex-marido de Lúcia fisicamente ausente, mas psicologicamente presente, gerando uma situação de ambigüidade em torno da perda e interferindo no processo do viver. Não vê-lo pode resultar em uma vida fantasiosa onde se geram imagens distorcidas e irreais, que não podem ser desfeitas.

A não-ritualização da perda do bebê gestado também pode deixar a mãe com um vazio, um buraco.

“(...) Buracos significa não ditos, lutos não-feitos, eventos não-formulados e que não foram colocados em palavras que pudessem lhe dar sentido, e permitissem que fossem integrados. Isso agrava a história e sobrecarrega-a com a falta desses sentidos que ressurgem na vida do indivíduo com uma parede invisível, um obstáculo incompreensível” (SZEJER, 1997, p.37).

Lúcia ao insistir em ver seu filho natimorto está querendo enfrentar e vencer a lacuna causada pela sensação desaparecimento que teve com a morte do ex-marido. Durante

muito tempo ela permaneceu ligada a esperança, ao desejo que um dia ele iria aparecer. Daí a necessidade de se fazer um processo de ritualização da morte, um processo que ajude a construir lembranças, imagens reais que possam desfazer as fantasias de desaparecimento.

Os ritos funcionam como porta de entrada para elaboração de um evento. Segundo VAN GENNEP (1977), desde o nascimento até a morte estamos socialmente marcados por momentos de passagem, ou melhor, ritos de passagem. Os ritos são o compostos de metáforas, símbolos e ações que criam um sentido simbólico para a experiência e fornecem uma rede de apoio dos demais membros da sociedade.

Todas as culturas possuem rituais para abordar o complexo processo de luto. A maioria dos rituais funerários incorpora tradições que se baseiam na exaltação da perda de um membro da sociedade, na aceitação da morte pelos antepassados e na facilitação da expressão do sofrimento. Servem de amparo para os membros da família no momento que eles experimentam dor da perda.

BOWEN (1998) enfatiza que é preciso um ritual, um funeral, para enterrar o morto mais completamente possível. Ele diz: *“Acredito que ele serve a uma função comum de colocar os sobreviventes em contato íntimo com o morto e com os amigos importantes, e ajude todos a encerrarem sua relação com o morto e seguirem em frente com suas vidas”* (p.114). O que BOWEN salienta é que se uma perda é reconhecida e integrada a pessoa pode dar continuidade ao seu viver. O que não aconteceu com Lúcia que não pôde ritualizar a morte do seu ex-marido, porque ela foi privada do contato com o corpo do seu marido morto, não pôde participar do funeral, ela diz : *“eu queria ir no IML, no enterro, mas a minha mãe*

não me deixou ir". Ela se viu impedida de tomar contato com aquela realidade que é fundamental para se iniciar o processo de elaboração do luto.

Percebe-se a importância do teste de realidade para se iniciar o processo de elaboração do luto no próprio caso de Lúcia que não confirmando a morte do ex-marido não pôde constituir lembranças concretas que facilitariam o processo de elaboração. Isto significa que enquanto o sentido desta morte não é compreendido, colocado em palavras, inserido na sua história busca entendimento num processo de repetição trágica, ou seja, a pessoa "re-encena" criando um campo de elaboração de algo que ainda não foi elaborado. Pode-se comprovar este aspecto no próprio relato de Lúcia que ao ver seu filho fala do ex-marido: "*É, agora, eu fiz o que queria ter feito, mesmo quando me disseram que seu rosto estava todo machucado, mesmo assim eu queria ter visto*".

Do mesmo modo acontece com a perda do bebê ou melhor para que o bebê natimorto seja inserido no curso biográfico da mulher que o gerou é preciso olhar o bebê, criar uma imagem real do mesmo porque como foi visto no caso de Lúcia quando uma perda não é bem integrada produz uma interrupção na linha de continuidade do viver. Parece que Lúcia sofre uma parada no tempo quando foi impedida do "teste de realidade" (FREUD [1917], 1980) e a partir daí que fica presa aos sonhos do passado, na tristeza do presente e com medo do futuro.

"O teste de realidade" é particularmente importante quando ocorre a morte intraparto¹³, a morte intra-útero ou do neomorto¹⁴. Estas têm em comum a necessidade de um

¹³ Intraparto significa a morte do bebê no processo do parto.

¹⁴ O neném nasce vivo, mas morre horas depois.

trabalho de luto a ser realizado. A confrontação direta com o bebê morto favorece a expressão dos sentimentos e a despedida. Independente de quão dolorosa seja esta visão, a confrontação é necessária, principalmente para a gestante. Porque um bebê que não é reconhecido, nomeado, deixa uma lacuna. Se o bebê gestado não for integrado no curso biográfico da vida da gestante, do pai e da família fica como o ex-marido de Lúcia um fantasma vagando no limbo.

O antropólogo VAN GENNEP dá um exemplo sobre qual poderia ser o destino deste bebê não ritualizado, na cultura judaico cristã :

“Assim, as crianças mortas antes do batismo católico permanecem eternamente em seu período de margem, o limbo. Da mesma maneira, o cadáver de um pequeno semicivilizado, que ainda não recebeu nome ou não foi circunciso, etc” (1977, p. 131).

Deste modo, é preciso uma espécie de rito de passagem com a instalação do bebê morto no simbólico da mãe, que representa a aceitação de uma individualidade, de um outro. A imagem do corpo é que mostra a sua unidade e sua localização espaço-temporal. Por isso é importante que o feto morto ou bebê natimorto seja visto pelos pais. Com o nascimento, “ele”, feto, agora precisa ser mediado pelo símbolo que faz parte de toda relação humana, para ordenar o mundo, as pessoas, as coisas, ou seja, precisa se tornar um bebê.

Para que o processo de luto siga seu curso normal há uma necessidade de se lembrar do que se perdeu, fazer um processo de identificação com o que se perdeu, ou seja é preciso fazer um rito de diferenciação entre o Eu e o objeto de amor perdido para que isto se efetue é preciso um momento de separação entre a mãe e o bebê natimorto e este pode ser considerado um momento chave para se iniciar o processo de elaboração do luto.

6. A ELABORAÇÃO DO LUTO DE UM NATIMORTO

*Oh! Pedaco de mim
Oh! Metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés do parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu...*¹⁵

O encontro entre a mãe e o bebê natimorto pode ser um primeiro passo para a elaboração do luto. É um momento chave, pois permite que a mãe possa constituir os registros visual e tátil desta morte. Ela ali conhece seu bebê, ao mesmo tempo que dele vai se separando e, também, vai construindo aos poucos os referenciais da ausência eterna, que virá desfazer as fantasias de desaparecimento.

Cabe salientar que o encontro não é imprescindível para se iniciar o processo de elaboração, mas para estas mães ele se mostrou necessário porque elas precisavam da corporeidade do bebê para poder simbolizá-lo e diferenciá-lo de si mesmas. Esse encontro é na verdade um momento de separação da unidade mãe-bebê, e é complexo porque abrange: mudança de condição de mãe para “não-mãe”, espaço de passagem de fantasia para realidade e de ritualização da morte.

Para compreender a dimensão desta experiência, recorre-se mais uma vez à WINNICOTT e ao seu conceito de “espaço potencial” ou “transicional”, ou “área de ilusão”. O autor afirma que a partir do nascimento, o ser humano não lida diretamente com a realidade

¹⁵ Trecho da letra de música “Pedaco de mim” de Chico Buarque de HOLLANDA.

externa. Ele cria um espaço intermediário, ou seja, estabelece uma ponte entre a realidade psíquica (interna) e a realidade compartilhada (externa). Ele diz: *“Desde o nascimento, portanto, o ser humano está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido e, na solução deste problema (...)”* (WINNICOTT, 1975, p. 26).

No artigo “Nota sobre o relacionamento mãe-feto” WINNICOTT afirma que a criança que está no útero é um fenômeno subjetivo da mãe e é e será sempre incompleta até o seu nascimento. Sua completude só ocorre quando passa a ser percebida na realidade. Ele diz: *“Por isto quero dizer que mãe alguma é 100% capaz de produzir na fantasia¹² uma criança viva e total”* (WINNICOTT, 1994, p.127). Ele está ressaltando a importância do contato da mãe com o seu filho após o seu nascimento do filho vivo ou do filho morto. O nascimento inaugura os primeiros contatos dos pais com os seus filhos e a percepção das diferenças entre o bebê criado psiquicamente (objeto subjetivamente concebido), não visto no decorrer da gestação, e o bebê “real” (objeto objetivamente percebido), tal como concretamente percebido com suas características e peculiaridades. Então quando a mãe vê o seu filho morto descobre que existe uma diferença entre o que é concebido e o que é percebido. Este encontro possibilita a mãe reconhecer que não é tão onipotente, ou seja, o que ela cria psiquicamente de bom ou de ruim não se converte necessariamente em bebê, porque ele não é percebido como mera “entidade projetiva” da mãe, ou seja, ele tem sua singularidade, embora perceba nele suas identificações.

¹² WINNICOTT dá um uso específico para o conceito de fantasia que se refere ao que é criado psiquicamente. O autor diferencia a fantasia do fantasiar, pois este último atenderia ao propósito de servir como defesa do aparelho psíquico para conflitos intrapsíquicos. Ele diz : *“ A fantasia não é, portanto, algo que o indivíduo cria para lidar com as frustrações da realidade externa. Isto só se aplica ao fantasiar”*(WINNICOTT,1993, p.280).

A mãe ao ver o bebê natimorto percebe a diferença entre o bebê subjetivamente concebido fruto de sua criação psíquica e o bebê objetivamente percebido por ela. O bebê neste momento já não faz mais parte da sua realidade psíquica interna, ele pertence a um outro mundo, o da realidade compartilhada fora do controle onipotente da mãe.

“Essa coisa que se situa entre o relacionar-se e o uso é a colocação, pelo sujeito, do objeto fora de sua área de controle onipotente, isto é, a percepção que o sujeito tem do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva e, na realidade, o reconhecimento dele como uma entidade por seu próprio direito” (WINNICOTT, 1994, p. 174).

Busca-se através do encontro da mãe com o bebê natimorto mais um elemento do suporte identificatório¹⁶ que será necessário para se iniciar o trabalho de luto. Este processo, por sua vez, opera-se a partir do último contato com o morto, que se torna referência para o processo de elaboração do luto. Para compreender a importância de se estabelecer um processo de luto é preciso, antes de tudo, entender o que é luto. Para esta explicação pede-se auxílio a FREUD (1917) que no seu artigo intitulado “Luto e Melancolia” descreve o conceito de luto como uma experiência psicológica, que pode ser normal ou patológica dependendo de como irá ocorrer o trabalho gradual de reconhecimento da perda.

¹⁶ O que se está chamando de suporte identificatório são todas as sensações, impressões no momento da morte, as palavras pronunciadas pelos profissionais de saúde e escutadas pela gestante etc

O luto é uma resposta à separação, ao rompimento de vínculos. É um sentimento de pesar pelo objeto perdido. É uma reação à perda real de um objeto de amor, no qual a pessoa estava investida libidinalmente. Quando uma pessoa morre o enlutado, gradativamente, vai retirando a libido de todas as ligações com este. O mundo se torna vazio de sentido na medida em que não traz a lembrança do objeto de amor perdido. É um processo que dura determinado tempo, dependendo do grau de ligação afetiva que a pessoa estabelecia com o objeto. O luto normal é caracterizado pela tristeza que é uma atividade viva e carregada libidinalmente na qual a dor da perda é expressa e descarregada com o apoio total do Eu da pessoa. Isso permite ao indivíduo desviar os sentimentos ou libido no objeto de amor perdido e os torne disponíveis para outras relações.

No processo de luto patológico, a melancolia, ocorre um trabalho semelhante ao do luto normal. Entretanto, na melancolia a perda não é só do objeto, mas da própria pessoa. A libido livre se volta para o próprio Eu. O amor sobre o objeto não pode ser abandonado e o Eu para não sucumbir estabelece uma identificação com o objeto perdido incorporando-o passando a investir energia sobre o mesmo, ou seja, “(...) a sombra do objeto caiu sobre o ego” (FREUD, 1980, p.281). Na melancolia a pessoa tem uma tendência a se agarrar ao objeto perdido, tentando, com isso, negar a realidade da perda, pois a separação significa dor. Se a dor não for expressa pela tristeza a separação é incompleta e o Eu permanece ligado ao objeto perdido, prejudicando o estabelecimento de novas relações. É uma forma de inexistência que atesta a recusa da separação, uma impossibilidade do sujeito de substituir o objeto de amor, pois isto significa aceitar a perda. Aceitar a perda, por sua vez, significa ter projetos para sua vida e retomar o curso de sua história.

“A melancolia, portanto, toma emprestado do luto alguns dos seus traços e, do processo de regressão, desde a escolha objetal narcisista para o narcisismo, os outros. É por um lado, como o luto, uma reação à perda real de um objeto amado; mas, acima de tudo isso, é assinalada por uma determinante que se acha ausente no luto normal ou se estiver presente, transforma este em luto patológico” (FREUD [1917], 1980, p.283).

A estrutura do estado melancólico é complexa pela identificação da pessoa ao objeto de amor perdido. A pessoa melancólica sofre de baixa estima e um empobrecimento do Eu. Há um processo de auto-agressão, sob a forma de acusações e recriminações que deveriam ser feitas ao objeto amado, mas foram deslocadas para o próprio Eu, que foi modificado pela “sombra do objeto”. A pessoa que está em melancolia sente uma impossibilidade de reconhecer a diferença entre o Eu e o outro dentro de si e estabelece uma relação ambivalente com o objeto, ao incorporá-lo dentro de si mesma passando a atacá-lo. Na melancolia a pessoa sente uma dor mais narcísica, pois a perda não é do objeto mas do EU.

O curso melancólico da perda intra-uterina se daria da seguinte maneira: a mulher não suportando a perda, incorpora o bebê dentro de si e fica investindo eternamente neste bebê interno, como se ele estivesse fisicamente dentro. Daí decorre a importância para as mães dos relatos clínicos de quererem ver o bebê. É como se elas só acreditassem que o filho morreu vendo-os fisicamente fora delas. Se isto não tivesse acontecido corriam o risco de ficar gestando este bebê por um longo período, como um segredo dentro de si e sendo atacado, dando um curso melancólico para a perda.

A gestante sente uma dor do existir, se sente culpada por que estava identificada narcisicamente com o seu filho. Se a mulher após a perda segue um curso melancólico isto significa que rompe a sua continuidade de ser no tempo provocando alterações na sua linha de continuidade do existir, ou seja, altera sua experiência temporal, ficando paralizada num passado idealizado e não constroi perspectivas de futuro, pois fica fixada ao objeto perdido e passa a eternizá-lo.

Para que o processo de elaboração do luto se instale é preciso, antes de tudo, reconhecer a perda para a partir daí transformar a experiência. *“O teste de realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto” (FREUD, [1915], 1980, p.276).*

No caso da natimortalidade “o teste de realidade” se estabelece no momento em que a mãe e o casal vêem o seu filho morto. Neste momento os pais podem ter a percepção das diferenças entre “o bebê imaginário”, não visto no decorrer da gestação, e “o bebê real”, tal como, concretamente, percebido com suas características e peculiaridades. O trabalho de luto se opera a partir deste último contato real com o morto e este se torna referência para o processo de elaboração do luto.

A visão do corpo do bebê morto tem um caráter simbólico que marca sua inserção na célula social que é a família. O natimorto precisa estar não só inserido na história da família, mas principalmente na da pessoa que o gerou. Isto é vital para não se transforme em mais uma lacuna, que se somando a outras na história de vida da mulher pode significar

um risco de adoecimento psíquico, pois, a mulher se encontra em um estado de vulnerabilidade psíquica e que como o próprio WINNICOTT (1993) diz: *“Se um bebê morre, o estado materno surge repentinamente como uma doença. A mãe assume este risco”*(p. 494).

WINNICOTT está se referindo ao estado da preocupação materna primária, um estado de psicótico normal que se desfaz naturalmente pós-nascimento do bebê. Entretanto, com a morte intra-uterina ocorre uma ruptura abrupta deste e isto pode representar perigo para a mulher. Ela, pelo próprio estado de retraimento narcísico, corre o risco de desenvolver quadros patológicos que podem ser : uma melancolia e em casos mais graves uma psicose.

A melancolia é um dos desdobramentos possíveis da perda e dependendo de sua evolução pode gerar um quadro psicótico quando se associa a fenômenos que ameaçam a unidade do Eu. A criança não vista se tornará uma sombra objetal para um futuro melancólico, podendo configurar diferentes quadros clínicos. A pessoa pode negar a perda como um neurótico ou rejeitar como um psicótico. Na psicose há uma perda do sentido de realidade e uma tentativa de reparação dessa perda através da criação de uma nova realidade, como é o caso do delírio, mas como se formaria uma psicose? Pelo investimento narcísico ou seja pelo fato da mulher ficar investindo em si mesma, no seu corpo, na relação com aquele bebê que não está morto, está dentro de si mesma. É como se ela continuasse gestando o bebê por um tempo ilimitado, pois o bebê não está morto.

A morte de um natimorto é um golpe no narcisismo da mulher, ou seja, produz uma ferida afetiva que irá precisar do trabalho do tempo para cicatrização. Entretanto,

para que este processo ocorra é preciso diferenciar que perder um bebê não é igual a perder a si mesma. A visão do bebê morto na realidade fornece a senso-percepção necessária para que a mulher possa fazer esta diferenciação do eu e do não eu e reintegração da sua imagem corporal. Através deste encontro ela pode abrir a via de simbolização, a estruturação da realidade psíquica, com a internalização da experiência vivida.

KLAUS E KENNEL (1993), KÜBLER-ROSS (1993) oferecem contribuições importantes a respeito do processo de adaptação à perda de um filho que nasce morto. Eles enfatizam a necessidade de ver o corpo do bebê morto para o início do processo de elaboração do luto e do resgate do sentido da maternidade e paternidade do casal.

“Qualquer bebê, nascido morto ou vivo, deveria ser dado para ambos os pais para ver, para tocar, para aceitar como seu filho. Deste modo eles podem enfrentar a realidade de ter tido uma criança, e eles sabem, então, o que eles perderam e podem enfrentar aquela perda com apropriada dor. Se eles foram privados desta prova de realidade física, a dor deles é prolongada, e eles podem negar a existência desta pequena vida ou ter medo da chance de outra gravidez” (KÜBLER-ROSS¹⁷, 1993, p.25).

O bebê precisa ser “trazido dos mortos” (KLAUS E KENNEL, 1993). O que acontece, no entanto, com certa frequência é que os pais são poupados de verem ou tocarem no neném. Isso pode tirar deles a única forma de vivenciarem o luto saudável na

¹⁷ Tradução livre : “ Any baby, born dead or alive, should be given to both parents to view, to touch, to accept as their offspring. In this way they can face the reality of having had a child, and they know then what they have lost and can face that loss with appropriate grief. If they have been deprived of this physical reality testing, their grief is prolonged, and they may either deny the existence of this short life or be afraid to chance another pregnancy.”

realidade. É importante estabelecer uma identidade do natimorto, uma morte sem um corpo parece irreal, essa não existência significa uma espécie de privação das lembranças necessárias para a tristeza normal.

O caso que se segue servirá para ilustrar a importância do encontro da mãe com seu filho natimorto para que a mesma possa constituir um registro real desta morte e dar início ao processo de elaboração do luto. O nome fictício é Bárbara e tem trinta e três anos, natural do Rio de Janeiro. É casada, multigesta, ou seja, teve sete gestações, mas só na quinta a criança conseguiu sobreviver apesar de prematura. O caso relata sua sétima gestação em que a criança que morreu estava com nove meses completos.

6.1 - Relato do terceiro caso:

Aproximo-me de seu leito e me apresento. Pergunto se é Bárbara e como está passando. Ela me responde :

P : - Sim, sou eu. Estou bem.

Após um tempo em silêncio, fala:

P : - A Senhora também está achando esquisito eu não estar chorando pela morte da minha filha e por isso está aqui?

T : - Bárbara, estou chegando agora ao plantão. Olhei algumas fichas e vi que perdeu seu neném, mas não sei o que está acontecendo com você. Gostaria de falar alguma coisa sobre o que acabou de me contar ?

P : - Doutora, minha filha nasceu de cesariana no sábado e os médicos disseram que ela havia morrido. Estou tratando do enterro junto com meu marido. Ele saiu daqui há

pouco, já chorou e está muito triste. E eu, até agora, não consegui derramar uma lágrima, nem sentir nada.

T : - Parece que você está achando esquisito este seu modo de sentir.

P : - É sim, estou me achando esquisita.

T : - Você me falou que fez uma cesariana no sábado, você poderia me falar um pouco mais como foi este parto?

P : - Ah! Eu não vi nada, pois quando minha filha nasceu, os médicos disseram que ela estava morta e eu dormi em seguida. Nem cheguei a vê-la.

T : - E você gostaria de vê-la?

P : - Um lado meu quer ver e o outro lado não quer.

T : - Como assim?

P : - Por um lado, eu gostaria de ver, para conhecer minha filha. Por outro não, pois sei que vou sofrer muito.

T : - Tenho a impressão que já está sofrendo muito com esta dúvida?

P : - É verdade... (silêncio). Me lembro das outras vezes.

T : - Como assim outras vezes?

P : - Quando eu perdia meus bebês.

T : - Então, você teve outras gestações ?

P : - Tive sete com esta.

T : - Fale-me um pouco destas gestações.

P : - As quatro primeiras perdi, logo no início, foram abortos espontâneos. Após a quarta perda, pensei que não conseguiria poder ser mãe, pois não segurava o bebê até o final, resolvi adotar uma menina (com um dia de nascida), hoje com cinco anos. As três últimas gravidezes demoraram mais, sendo que nem todas tiveram um final feliz. Na

quinta fiz tratamento para manter a gravidez; assim mesmo, aos seis meses a bolsa estourou e minha filha nasceu de parto normal; está viva e tem hoje quatro anos. A sexta gravidez era de gêmeos : um viveu algumas horas e o outro morreu no dia seguinte, também de parto normal. A sétima que foi essa, agora, nasceu uma menina morta ... (silêncio). É Doutora, se pelo menos eu pudesse contar com a ajuda do meu marido.

T : - Como assim?

P : - Todas as vezes que eu engravidei foi a mesma coisa: ele bebia muito e quando chegava em casa, brigava comigo. Eu me aborrecia, ficava nervosa, chorava e acabava brigando com ele. Nós estamos juntos há onze anos e sempre foi assim : ele nunca gostou de me ver grávida.

T : - Fale-me um pouco mais sobre isso.

P : - Ah! Ele sempre dizia que quando eu engravidava o bebê morria e eu sofria muito.

T : - E você, o que pensa?

P : - É verdade. Eu sofria muito mesmo e ele me dizia que não gostava de me ver sofrendo.

T : - Parece que seu companheiro também sofria muito com a perda.

P : - É, acho que ele também devia sofrer lá do jeito dele.

T : - Como era do jeito dele?

P : - Sempre que o bebê morria, ele ia para o boteco, bebia, conversava e ria muito com os amigos.

T : - Parece que ele tentava “esconder” ou “disfarçar” esse sofrimento nos copos de bebida, nas conversas e nas risadas com os amigos.

P : - É sim , eu não tinha pensado nisso, mas pode ser...

Fica pensativa e depois de uma pausa, continua :

P : - Estou me lembrando que meu pai também bebia e maltratava minha mãe.

T : - Interessante você se lembrar do relacionamento dos seus pais, com se a história deles estivesse se repetindo com você.

P : - É verdade, mas é diferente, pois minha mãe se casou com meu pai aos doze anos e apesar deste sofrimento eles tiveram sete filhos e viveram juntos por cerca de quarenta anos.

T : - Então, eles não vivem mais juntos?

P : - Não, porque minha mãe já é falecida. O meu pai ainda está vivo, mas muito doente com problemas de coração.

T : - Você me falou que eles tiveram sete filhos e onde você está dentro desta escada familiar?

P : - Eu sou a quarta filha, tenho três irmãos mais velhos que eu e depois minha mãe teve mais três sendo : dois irmãos gêmeos e uma irmã mais nova.

T : - E como era o relacionamento entre vocês ?

P : - Bom.

T : - E como era seu relacionamento com seu pai e com sua mãe?

P : - Com meu pai foi bom, mas com minha mãe nunca. Ela sempre deu mais atenção aos meus irmãos. Para a senhora ter uma idéia, ela nunca foi me visitar, desde que casei. Sempre arranjava uma desculpa.

T :- Como assim desculpa?

P : - Dizia que eu morava longe dela. Acontece que meu marido ganhou um terreno do pai, em Japeri, e lá construiu uma casa para nós e ela morava aqui no Rio.

T : - E vocês sempre moraram longe dela?

P : - Não, mesmo quando morávamos no Rio nunca foi me visitar. Quando minha mãe foi conhecer minha filha, faltava uma semana para ela completar quatro anos.

T : - O que sente quando fala disso ?

P : - Sinto como se eu não tivesse mãe.

T : - E você gostaria de ter tido uma mãe mais presente na sua vida.

P : - É, todos dizem que é sempre bom a gente ter mãe por perto.

T : - Como neste momento ?

P : - É estou me lembrando dela, gostaria que estivesse aqui.

T : - Fico pensando que você deve ter sentido a falta dela, principalmente, nos momentos em que estava grávida, ou seja, se sentiu mãe.

P : - É verdade...(silêncio). Estou pensando nesta gravidez.

T : - Você poderia falar o que lhe vem à cabeça?

P : - Eu fiz o pré-natal “certinho” numa clínica particular lá em Japeri. Nesta sexta-feira resolvi visitar meu pai aqui no Rio e quando foi no fim da tarde comecei a sentir umas dores no pé da barriga, tipo cólica, então não voltei para casa. As dores continuaram, então meu marido resolveu me trazer para cá no sábado pela manhã, quando fui internada. O restante a senhora já sabe- fizeram uma cesariana e minha filha nasceu morta.

T : - Você sabe de que sua filha morreu ?

P : - Não, mas já autorizei a autópsia, para saber o motivo da morte dela. Doutora, será que eu poderia ver minha filha?

T : - Claro, é um direito seu. Apenas vou ver onde ela está para levá-la até lá.

Peço que me aguarde e me retire. Vou ao necrotério e sou informada que o corpo já se encontrava no laboratório para a autópsia. Foi preciso uma convincente explicação ao Sr. A (responsável pela autópsia), para que autorizasse levar a paciente até lá. Depois de ter concordado fui buscar Bárbara. Começamos a caminhar lentamente, sempre apoiada no meu braço, pois ainda estava sentindo muito o corte da operação. Durante o trajeto ela falou da morte de sua mãe. Ela disse:

P : - Sabe doutora, minha mãe morreu de infarto há quatro anos, foi muito ruim, eu não sabia que ela estava doente. Foi uma morte de repente, eu não estava preparada; sofri muito, mas depois me acostumei.

T : - Parece que a morte de sua filha fez você lembrar da morte de sua mãe.

P : - É mesmo...(silêncio). Só não sei se vou conseguir chegar até o laboratório, pois estou com muitas dores, por causa da cirurgia. Está sendo difícil caminhar.

T : - Entendo o que está sentindo, porém se deseja ver sua filha, apesar da dificuldade, você vai conseguir. Não precisa ter pressa, “caminhe devagar”. Estou ao seu lado.

P : - Que bom que a senhora está a meu lado, ajudando e me dando força.

Chegamos ao laboratório e o Sr. A abre uma gaveta apanha o corpo da filha de Bárbara, que estava enrolado numa manta, só o rosto não estava coberto, e coloca-o em cima da mesa. Em silêncio ela olha para o rosto da filha durante algum tempo. Aos poucos o Sr. A vai desenrolando a manta até deixar o corpo do bebê todo exposto. Bárbara contempla a filha por mais algum tempo e fala baixinho :

P : - Ela é toda perfeitinha...

Bárbara, então se aproxima toca o corpo de sua filha e fala:

P : - Ela é linda...Está fria...Está morta...

Percebo que nesse momento as lágrimas começam a brotar nos olhos de Bárbara, pois pôde sentir e tomar consciência da morte da filha. Digo-lhe:

T : - Entendo o quanto é difícil e importante esse momento para você.

Quanto a mim continuei ao seu lado, mas muito emocionada ao ver sua filha, realmente, era uma menina linda que mais parecia um anjinho dormindo. Ela permanece ali durante algum tempo, chorando e tocando o corpo da filha. Ela quis assistir o Sr. A. enrolar o bebê na manta e depois guardá-lo na gaveta. Ela continuou chorando baixinho. Agradeço ao Sr. A . e voltamos em silêncio para a enfermaria. Ao sentar-se em seu leito, Bárbara mostra-me seus seios e tentando esboçar um sorriso diz:

P : - Doutora, meus peitos encheram-se de leite.

Depois começa a chorar.guardo . Em seguida acrescento:

T : - Percebo que sua filha acabou de nascer para você e, também, acabou de morrer.

P : - É isso mesmo. É como se tudo estivesse acontecendo agora. Estou triste, está doendo muito, mas apesar da dor foi bom ter podido ver minha filha...Chora.

Permaneci ao seu lado por mais algum tempo. Falamos do nascimento e da morte de sua filha. No final de nossa conversa me agradece muito por ter estado ao seu lado e nos despedimos.

6.2 - O “bebê real”:

Neste caso pode-se perceber uma outra característica da “preocupação materna primária” que é o fato da gestante vivenciar simultaneamente : ser como um bebê e ser adulta. Pode-se comprovar isto quando a paciente é indagada a respeito se desejaria de ver ou não a filha morta. Ela na própria resposta mostra a sua incerteza dizendo: *“um lado meu quer ver e outro lado não quer”* . Mais adiante ela confirma esta ambigüidade : *“Eu gostaria de ver para conhecer minha filha. Por outro não, pois sei que vou sofrer muito”*. A dúvida de Bárbara, talvez esteja no fato de que ver a filha na realidade externa represente perder a filha de sua criação psíquica, de seus sonhos, renunciar ao objeto de sua criação. Como WINNICOTT diz: *“Por exemplo um certo bebê não é o bebê com que a sua mãe sonhava; não era exatamente a idéia de um bebê que tinha em mente....* Ele continua no mesmo texto: *“o bebê real” certamente não surgiu por artes mágicas. Esse menino é fruto de um laborioso processo que envolveu a mãe em perigo durante a gravidez e durante o parto”* (1993, p.88)

Um outro aspecto da “preocupação materna primária” que Bárbara parece vivenciar é um estado de identificação com a sua parte bebê da unidade, ou seja, com a parte morta, ela diz : *“E eu, até agora, não consegui derramar uma lágrima, nem sentir nada”*. Ela experimenta em si mesma um sentimento de morte, do nada, do vazio e talvez por isso diga: *“ estou me achando esquisita”*. Este sentimento é característico de uma pessoa profundamente enlutada onde nada mais importa por que não trará o outro de volta, que dava sentido para sua vida, ou seja, está morta para outras ligações.

Este caso serve para estabelecer a diferença entre mãe e “função mãe”. Bárbara é a mãe que ao gestar realiza um ato de criação, tanto do ponto de vista biológico quanto do ponto de vista psicológico, e o bebê, no útero, representa o seu próprio objeto de criação narcisica, que contém partes do seu eu , mas ao mesmo tempo não é ela. Como coloca DAVIS (1982) :

“A mãe ‘natural’ tem a seu favor o fato de que a sua função é natural : Ela envolve seu corpo e, portanto, envolve o eu de uma forma especial; ela liga seu bebê à sua própria linha de vida, de forma que ela se torna capaz de identificar-se com seu bebê em particular” (p. 104)

A “função mãe” é um potencial do elemento feminino, é um cargo que pode ser exercido por qualquer pessoa, pelo pai, por exemplo, e não precisa da existência de um filho. O adulto, pela sua experiência de ter sido filho e sua capacidade de simbolização guarda dentro de si um modelo de cuidado de maternagem, ou seja, uma “função materna”. Isto é importante na história de Bárbara porque parece que os cuidados fornecidos por sua mãe não foram suficientes para se sentir capaz de ser mãe. Ela mesma diz : *“Sinto como se eu não tivesse mãe”*.

Sua história é marcada por diversas perdas gestacionais. Por analogia pode-se relacionar esta incapacidade de conseguir sustentar a gestação até o final, como uma falta de confiança interna em exercer a maternidade. Entretanto, quando ela adota uma criança percebe que é capaz de cuidar. Integra dentro de si registros de cuidados dados por sua mãe que a ajudaram a se integrar e constituir sua unidade, seu *self*. Ao se sentir integrada, uma unidade, pode “sustentar” o paradoxo da dualidade dentro da unidade, ou seja, o próprio

processo gestacional sem perigo de se desintegrar. Ao restaurar a capacidade de ser mãe consegue dar à luz a uma criança viva e saudável.

O aspecto que merece destaque neste caso é o trabalho do luto, que é o trabalho do tempo. É um caminho a ser percorrido pelo enlutado a cada dia, a cada passo como fez Bárbara. Pensando de forma análoga pode-se perceber que o percurso feito por Bárbara até ao laboratório é o próprio percurso elaborativo característico do processo de luto. Ela, durante o trajeto, começa a relembrar momentos de sua história com a mãe falecida, palavras não pronunciadas, visitas não realizadas, uma sensação de que poderia ter feito algo e que não fez. Ela se refere a mãe : “Eu não sabia que ela estava doente”. Isto assinala a culpabilização característica do próprio luto. É um caminho doloroso porque a morte de um ente querido significa uma ferida narcísica que foi aberta, um vínculo que foi rompido e provoca dor. Em meio a esta dor, a pessoa se indaga , como fez Bárbara: “ *Só não sei se vou conseguir chegar....estou com muitas dores.....está sendo difícil caminhar*”.

Um outro aspecto que se pode ressaltar é a presença de alguém, durante este trajeto elaborativo, como psicóloga que esteve apoiando a física e psiquicamente no seu caminho. Bárbara verbalizou o próprio desejo de ser sustentada, de ser amparada, ela diz; “*todos dizem que é sempre bom a gente ter mãe por perto*” e mais adiante ela continua se referindo a sua mãe já falecida: “*É estou me lembrando dela, gostaria que estivesse aqui*”. Neste momento Bárbara explicita um fenômeno que WINNICOTT chama de “holding” que é a capacidade que a mãe tem em proporcionar uma atmosfera de cuidados para atender as necessidades da criança, protegendo a de angústias que ameaçam sua integridade. Isto acontece com Bárbara porque parte de seu *self* foi perdido com a morte de sua filha que a

coloca sob o risco de desintegração. Daí a importância da presença do terapeuta que possa ser “contínua” oferecendo um espaço de segurança e de confiança e com isso a faz se lembrar da própria mãe e de seus cuidados. Ter alguém com quem ela possa compartilhar e dizer: “*Que bom que a senhora está ao meu lado, ajudando e me dando força*”. Como WINNICOTT que tenta decodificar em palavras a experiência de se sentir integrado: “ *‘Meu existir é visto e compreendido por alguém’; e ainda mais: ‘É me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente’*” (1990, p.60).

Ela durante o trajeto até ao laboratório precisou de alguém, que exercesse a função materna, alguém com quem pudesse compartilhar sua dor e lhe dizer : “*Não precisa ter pressa...caminhe devagar...Estou ao seu lado*”. É justamente isso que o enlutado precisa quando está realizando o trabalho de luto, porque este exige da pessoa uma imersão na experiência que faz com que a pessoa, por um determinado tempo, fique “alheia” da vida e sinta que nada mais importa na vida. Então, o enlutado precisará, como Bárbara, de alguém que esteja ao seu lado, que reconheça a sua tristeza, que diga : “ *Entendo o que está sentindo.....apesar da dificuldade você vai conseguir*”. Conseguir significa poder sustentar o sentido de continuidade de sua existência apesar das perdas, e, ao contrário, poder reconhecê-las e registrá-las psiquicamente e prosseguir com a vida.

Reconhecer a morte é um processo de descoberta, de apreensão da realidade ao mesmo tempo um processo de ritualização da morte, como descreve a psicóloga: “*Em silêncio ela olha para o rosto da filha durante algum tempo. Aos poucos o Sr. A vai desenrolando a manta até deixar o corpo do bebê todo exposto..então se aproxima toca o*

corpo de sua filha....permanece ali durante algum tempo, chorando e tocando o corpo da filha....quis assistir o Sr. A enrolar o bebê na manta e depois guardá-lo na gaveta.”.

“Tocar num bebê natimorto é tão importante, para tornar o evento real e para facilitar o luto, que acredito que esta mãe deveria ter sido encorajada a segurar o bebê. É natural que uma mãe enlutada segure seu bebê morto” (KLAUS APUD LEWIS 1992, p. 282)

Bárbara, ao ver sua filha natimorta, percebe que esta não corresponde a idéia do bebê que ela havia criado psiquicamente. Ela, ao vê-lo, vivencia uma situação paradoxalmente frustrante e tranquilizadora. É frustrante porque sua neném, como ela diz: “está fria...está morta” e tranquilizadora como ela mesma fala : “*Ela é linda*”. Talvez tivesse receio de que sua filha pudesse concretizar alguma de suas idéias de imperfeição ou fantasias de deformidades que, como Bárbara, a grande maioria das gestantes cria psiquicamente durante o processo gestacional. Como WINNICOTT diz :

“Nos primeiros tempos não há qualquer dificuldade, porque o bebê está dentro de você, é parte sua. Embora seja apenas um hóspede, por assim dizer, o bebê no ventre associa-se a todas as idéias de bebê que você já teve e, no começo, o bebê é realmente o segredo. O segredo converte-se num bebê” (1993, p. 90).

O segredo chamado bebê foi revelado e agora o bebê é externo a ela encontra-se no terreno da realidade compartilhada. Bárbara ao olhar e tocar a filha constrói primeiro memórias sensoriais dela, ou seja, sente-a como morta, como ela diz: “ *Está fria....está morta*”. Este parece ser o primeiro movimento de reconhecimento da morte e de

diferenciação de si mesma, ou seja, através da experiência sensorial de sentir a diferença de temperatura, de textura, de rigidez do corpo de uma morta para um vivo que o toca. Este registro sensorial vai servir de base para Bárbara diferenciar o bebê de si mesma e devolve a ela a sensação de continuar viva. A imagem da filha ajuda a própria Bárbara a superar a fase de estranheza, de se sentir “*esquisita*” porque no momento do encontro ela se separa de sua parte morta a nível físico e percebe que continua viva.

O caminho de volta ao leite é silencioso como próprio processo elaborativo de luto, que em um primeiro momento só há espaço para manifestação da dor emocional do pesar através do choro. Ao chegar ao leite, Bárbara está diante de uma outra situação a qual ela mesma mostra-se surpresa quando diz : “ *Doutora, meus peitos se encheram de leite*”. O que poderia significar este surgimento do leite ?

Sabe-se que quando uma mãe que está amamentando e sofre uma perda emocional muito forte uma das primeiras ocorrências é a inibição da produção do leite materno. Sabe-se, também, que quem estimula a produção do mesmo é o próprio bebê com o seu sugar. Pode-se apenas dizer que Bárbara, ao ver sua filha, dá a ela corporeidade, podendo, então, ser incorporada dentro de sua realidade interna. Como a psicóloga conclui : “*percebo que sua filha acaba de nascer para você e, também, acabou de morrer*. A partir de agora se inicia o processo de luto propriamente dito, ou seja, a partir do momento em que o que se perdeu ganha materialidade psíquica. A própria Bárbara consegue fazer a grande síntese do trabalho deste percurso elaborativo, ela diz : “*É isso mesmo. É como se tudo estivesse acontecendo agora. Estou triste, está doendo muito, mas apesar da dor foi bom ter podido ver a minha filha*”.

8. CONCLUSÃO

O objetivo principal deste trabalho de dissertação não foi só de falar de conceitos psicanalíticos, mas falar de mães enlutadas, de bebês que morrem e do lugar onde estas histórias acontecem. A teoria é importante para nos auxiliar na construção de uma significação para clínica e ajudarmos as pessoas a darem um significado, que faça sentido para elas dentro da história de vida delas. Esta talvez seja uma das principais funções do psicólogo dentro de um ambiente hospitalar, ou seja, de relembrar que nós não temos quadros, nem síndromes, nem estatísticas num hospital, mas nós trabalhamos e lidamos com pessoas que nascem, que sofrem e que morrem.

WINNICOTT (1994) em “A contribuição da psicanálise à obstetrícia” refere-se ao resgate do sentido original da palavra obstetrícia que vem do verbo *obstare*, que em latim significa “estar ao lado”, atendendo as pessoas em situações de vida muito especiais. A psicanálise apontou que não bastam todos os recursos da técnica ou um grande conhecimento científico, mas a importância do “acompanhamento” à gestante. Uma pessoa que possa “estar ao lado” e sustentá-la, como diz o próprio autor : “ *Se todos nós nos tornamos pessoas em nosso trabalho, este então, se tornará muito mais interessante e compensador*” (p.62).

Uma das tarefas do psicólogo inserido no ambiente hospitalar é a de prestar assistência às necessidades emocionais da pessoa que está sofrendo. Sua função primordial é a de ser um ego auxiliar, ou seja, ter uma ação que tem como princípio teórico a função materna. A função materna é importante porque proporciona amparo, o holding, que é

indispensável para que a pessoa possa se reconstituir porque a mulher, que perde um filho no final do processo gestacional, experimenta não só a possibilidade do fim de sua existência física, mas tem seu sentido de existência ameaçado. Ela vivencia o risco de morte psíquica, que, em outras palavras significa a perda da confiança em si, na sua capacidade geradora pois, em geral, a maior preocupação com o quadro é acerca das repercussões físicas do parto, relevando-se as possíveis sequelas psíquicas. A repercussão emocional da morte intra-uterina de um bebê, se não for bem avaliada, pode estender-se muito além do período de pós-parto.

Certos fenômenos são tão evidentes que parecem óbvios, mas não são óbvios no sentido do cuidado do tratamento. A gestação é um fenômeno dual que envolve dois seres vivos ou, em uma linguagem médica, dois organismos vivos: a mãe e o feto. Durante o pré-natal existe todo um acompanhamento, um processo de nidificação. Quando ocorre o óbito intra-útero ou óbito puerperal é como se só o mero fato da mãe ter sobrevivido fosse o limite do risco ao qual ela está implicada. Se a mãe está viva e não apresenta nem outro sintoma, como uma infecção pós-parto isto significa que ela está bem. Há uma indiscriminação diagnóstica e há uma tendência a se ignorar todo o período gestacional aonde a mãe não só se organizou física, mas psiquicamente para nidar, para ser um ninho para o bebê. A morte intra-uterina não ocorre impunemente, tem uma repercussão psíquica, pois, como já descrito, a mãe entra em um estado peculiar que é o da “preocupação materna primária”. O alto risco desta situação não é decorrente apenas do fato do bebê ter morrido, mas porque ele morreu neste momento delicado onde a mãe está absolutamente imersa nesta díade. Ela se vê em risco como se pudesse ter o mesmo destino do seu bebê e estava preparada para funcionar neste registro simbiótico e narcísico de investir e se identificar com

aquela parte dela bebê. Se esta parte não existe mais para onde vai todo seu investimento libidinal?

Lembrando que libido é vida, esta mãe vai precisar dar uma direção para sua vida , ou seja, encontrar outra coisa para investir sua libido, em uma realidade outra que não seja aquele filho, que está morto. Para que ela possa fazer isto vai precisar do trabalho do tempo para cicatrização desta ferida narcísica, que a morte de um filho representa. O trabalho do tempo é o trabalho do luto, um processo doloroso de reconhecimento da perda, mas como reconhecer a parte sua que se perdeu?

Talvez um primeiro passo para o desenvolvimento de um processo de luto normal seja o de se considerar legítimo o desejo que algumas gestantes manifestam em querer conhecer o seu filho natimorto. Parece que neste pedido há um outro subjacente que é o resgate de sua própria potência, ou seja, o seu direito de escolha entre ver ou não o bebê. A mulher ao exercer o seu direito sente que é capaz de decidir o que é melhor para ela. O que na maioria das vezes acontece é uma desconsideração do pedido materno, um não reconhecimento da legitimidade desse. Ver o bebê natimorto, mesmo que apresente malformação é uma decisão que compete à mulher. É preciso dar ouvido ao seu pedido, sua insistência, seu desejo, porque este atende a uma necessidade de reestruturação de si mesma, a retomada de sua integridade narcísica e física.

O psicólogo, enquanto agente promotor de saúde, também tem a tarefa de atender ao aspecto da profilaxia do adoecimento mental. Sua função no atendimento as mães que tiveram perda intra-uterina é importante porque elas se encontram sob o risco de

desenvolver quadros patológicos. A natimortalidade representa um alto risco psíquico para mulher, podendo provocar uma série de repercussões : quadros depressivos, quadros melancólicos, afetar na capacidade de ser mãe, dentre outros.

Como a mulher vai inserir seu filho perdido na sua história, conferir a ele um lugar na ordem das gerações? Talvez possamos inferir que a partir do reconhecimento feito à imagem corporal deste bebê, este assume uma externalidade de fato, encontrando-o finalmente. Só após o encontro é que será possível elaborar a sua perda. As mães ao fazerem este pedido estão tentando reconhecer a parte delas que foi perdida para recuperar o próprio sentido de sua existência. A maioria dos profissionais de saúde por desconhecerem o significado deste pedido, geralmente o consideram como um “ato de insanidade” da gestante, e não é à toa que solicitam a ajuda do psicólogo para “tentar tirar esta idéia da cabeça da mãe”. Apesar da mãe, no final da gestação, se encontrar num estado psicológico delicado que é “preocupação materna primária”, isto não significa que esteja incapacitada de exercer seus direitos de paciente dentro do hospital.

Como foi apontado no último relato, as mães oscilam entre ver ou não ver. Eis aqui mais uma tarefa do profissional de psicologia, que através de sua intervenção terapêutica pode favorecer uma ampliação egoica do paciente e um reforço de sua auto-estima, que permitirá a paciente decidir o que é melhor para ela. O psicólogo reconhece a necessidade de seu pedido como sua tentativa de resgatar os aspectos internos perdidos quando identificados com o bebê morto. A alta carga emocional deste momento reflete-se nos sentimentos contra-transferenciais experimentados pelo terapeuta. Foi cometido o “ato falho”

de escrever “doída” ao invés de “doida”, que elecita uma característica básica da condição humana diante da dor que o luto provoca.

Considero a idéia de “poupar a mãe de conhecer seu filho morto” uma afirmativa dúbia que merece ser questionada... O “poupar”, na verdade, poupa a quem? A prática hospitalar de poupar a mãe que deseja estabelecer um contato físico e externo com o seu filho morto, revela o aspecto da negação. Nega-se a morte porque significa o fim de uma existência e isto provoca medo e impotência nas pessoas que se deparam com “ela”. Diante desta negação, nega-se, também, o direito de olhar de frente para “ela” e é, justamente, isto que a mãe enlutada denuncia quando faz o pedido em querer ver o seu filho natimorto. Para os profissionais da saúde, os médicos, os enfermeiros e os psicólogos este contato é muito angustiante e também denuncia quebra da fantasia da onipotência profissional. Segundo BLEGER (1984) :

“Uma tarefa altamente ansiogênica como o é o contato diário com os problemas da doença e da morte, cria necessariamente na equipe médica e auxiliares comportamentos defensivos de distintos tipos, entre os quais nos interessam particularmente aqueles que o psicólogo deve atender em sua tarefa de psicologia institucional” (p. 61).

BLEGER se refere a tarefa do psicólogo que trabalha dentro do âmbito institucional que é o de ser “*um especialista em tensões da relação ou comunicação humana*” e isto significa atuar como agente facilitador da comunicação entre os membros da equipe. O psicólogo através das interconsultas, por exemplo, é capaz de re-estabelecer a comunicação, principalmente, do médico com o paciente o que favorece uma atitude menos defensiva e conseqüentemente mais acolhedora no trato com mães que sofreram perdas gestacionais. A

melhor forma de evitar o comportamento defensivo é o reconhecimento que a morte existe e que ela pede um trabalho de luto a ser realizado.

No hospital o psicólogo intervém num campo complexo de inter-relações em dois níveis: inter-relação mãe-bebê, inter-relação parturiente-staff e poderíamos acrescentar um terceiro, do psicólogo como sendo o mediador nestas relações, mas não é um mediador neutro. O psicólogo ao entrar neste campo ele não é um mero observador não participante ele passa a ser um agente, que também vai modificar o staff e a parturiente. Há uma multiplicidade de papéis que o psicólogo hospitalar tem que se submeter porque ao mesmo tempo que é visto como alguém que vai ajudar a sanear em que é delegada a ele a capacidade de compreender, ele também fica como um inspetor ou vigilante, ou seja, as relações com o psicólogo no hospital são ambivalentes. Ele fica no papel de denunciador do paradoxo pois trabalha no espaço entre, ou seja, no não definido, naquilo que está fora do normal, naquilo que está fora do estritamente físico, naquilo que está fora da norma, naquilo que deveria estar lá, mas não está, no espaço do bebê que deveria estar lá, mas não está....no cuidado com a mãe que deveria estar lá, mas não está...o corpo que deveria estar lá, mas não está....

A situação de morte na maternidade é denunciadora do paradoxo, pois a maternidade está estruturada para receber vida e quando recebe um natimorto, este o paradoxo e subsequentemente, obriga a equipe a se deparar com este paradoxo e a conviver com ele. Uma das principais descobertas que fizemos, é que a presença da morte não anula a vida, portanto, que o paradoxo existe não para ser resolvido, mas compreendido. Negar a morte não

nos impede de experimentar sensação de vazio e a dor que a morte traz, apenas nos impede de a vivermos plenamente.

A morte de um bebê faz parte do ciclo da vida. É algo possível de se compreender, de se aceitar. O que é impossível de se elaborar é o oposto de um bebê morto, que é um bebê não vivo. O que se quer dizer é que o bebê morto tem um corpo, o bebê morto pode ter um ritual de despedida, pode-se elaborar sua morte. Entretanto, o que é impossível de se elaborar é um bebê não vivo, não existente, um bebê fantasmático. Por isto a necessidade de se criar um espaço, um “setting”, para expressão de pesar dentro dos hospitais o que diminuiria a tendência de desenvolvimento de um curso patológico para o luto.

O intuito deste trabalho foi de abrir um canal de reflexão para estes acontecimentos de morte intra-uterina na maternidade, cuja a ocorrência não é tão incomum quando se analisa os dados estatísticos de registro civil. Talvez este tipo de questionamento possa contribuir para criação de intervenções mais sensíveis em ambientes como os da Maternidade da Santa Casa de Misericórdia, berço da obstetrícia no Brasil, que como diz BELFORT (1960): “*Embora sempre mal afamada a assistência obstétrica da Santa Casa, nessa instituição sempre se originaram as idéias médicas mais importantes*” (p. 450). E a partir de situações como as que foram relatadas e das dificuldades existentes, podem surgir novas propostas de intervenção, que poderão fazer parte da própria formação dos futuros obstetras seja ela de caráter pessoal ou formal visto que a Santa Casa é eminentemente uma maternidade escola.

Para finalizar recorro mais uma vez ao autor que serviu de guia na elaboração desta dissertação. WINNICOTT diz:

“Algum conhecimento de histórias de fracassos podem enriquecer bastante as nossas vidas. Além disso, essas histórias podem mostrar-nos que existe um propósito em ajudar as pessoas mal sucedidas a reunirem-se. Se elas se reúnem e falam, dividem entre si seus fardos e , por vezes, logram aliviá-los” (1993, p.16).

9. BIBLIOGRAFIA

- ARIÈS, Philippe, História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias, Rio de Janeiro, F. Alves, 1977.
- AUGRAS, Monique, O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico, Petrópolis, Vozes, 1997.
- BASTOS, Liana Albernaz de Melo, Maternidade: Reprodução ou Pró-Criação?, Rev. Brasileira de Psicanálise, 29(4) : 913-932, 1995.
- BECKER, E, A Negação da morte , Rio de Janeiro, Record, 1974
- BELFORT, Paulo de Aguiar, A maternidade da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: de Rodrigo de Bivar a Jorge de Rezende, in Rev de Ginecologia e Obstetrícia, 20 : 449-454, 1960.
- BIANCHI, Henri, O eu e o tempo : psicanálise do tempo e do envelhecimento, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993
- BLEGER, José, Psico-Higiene e Psicologia Institucional, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- BOWEN, Murray, A reação da família à morte in Morte na família: sobrevivendo às perdas, Porto Alegre, ArtMed, 1998.
- BRAZELTON, T Berry, O desenvolvimento do apego: uma família em formação, Porto Alegre, Artes médicas, 1988.
- DAVIS, Deborah L, Empty cradle, broken heart: surviving the death of your baby, Colorado, Fulcrum, 1996.

DAVIS, Madeleine, Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott, Rio de Janeiro, Imago, 1982

FREUD, S, (1917) Luto e melancolia , in Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol.XIV, Rio de Janeiro, Imago,1980.

_____ (1914) Sobre o Narcisismo: uma introdução, in Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol.XIV, Rio de Janeiro, Imago, 1980.

GOLDENBERG, Mirian, A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais, Rio de Janeiro, Record,1997.

KLAUS, M. H E KENNELL J.H, Pais e bebê: a formação do apego, Porto Alegre, Artes médicas,1992.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth, Sobre a morte e o morrer, São Paulo, Martins Fontes,1997.

_____,Morte: Estágio final da evolução, Rio de Janeiro, Record, 1975.

_____, The Beginnings of Life, in On children and death, NewYork, Collier Books, 1993, 10-31.

_____, Sudden Death, in On children and death, NewYork, Collier Books, 1993, 32-50.

_____, Funerals, in On children and death, NewYork, Collier Books, 1993, 196-205.

LANGER, Marie, Maternidade e Sexo, Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

LOPARIC, A, A máquina no homem, Comunicação apresentada no Workshop sobre aparelho psíquico, Puc/SP, São Paulo, 07/04/1995

_____, Winnicott: uma psicanálise não-edipiana, Percursos, n.17, São Paulo, 1996

MALDONADO, Maria Tereza, Maternidade e Paternidade : preparação com técnicas de grupo, Rio de Janeiro, Atheneu, 1981.

_____, Psicologia da Gravidez , Petrópolis, Vozes, 1985.

_____, Psicossomática e Obstetrícia, in Psicossomática hoje, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992, 208-214.

MANNONI, Maud, O nomeável e o inominável : a última palavra da vida, Rio de Janeiro, Jorge Zahar ,1995.

MORAES, Vinícius de, Antologia Poética, São Paulo, Companhia das Letras, 1992.

OGDEN, Thomas H., Sobre o Espaço Potencial, Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott, Porto Alegre, Artes médicas, 1994, 79-95.

PERESTRELO, Danilo, A medicina da pessoa , Rio de Janeiro, Atheneu, 1989.

PROCHET, Neyza, Tempo de criação : perspectivas temporais na clínica Winnicottiana, tese de doutorado, São Paulo, USP, 1999

QUAYLE, Julieta – Óbito fetal e anomalias fetais : repercussões emocionais maternas, in Obstetrícia e Psicossomática, São Paulo, Atheneu, 1997.

SILVA, Maria Emília Lino da, (org.), Investigação e Psicanálise, Campinas- São Paulo, Papyrus, 1993.

SOIFER, Raquel, Psicologia da Gravidez, parto e puerpério, Porto Alegre, Artes médicas, 1980

SZEJER, Myriam, Nove Meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento– São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

TUCHERMAN, Ieda, *O homem de papel – corpo e limite : genealogia da idéia de corpo – A questão da representação no ocidente*, in Cadernos de psicanálise, SPCRJ, 12(15), 8-17, 1995.

VAN GENNEP, Arnold, Os ritos de passagem, Petrópolis, vozes, 1977.

WASH E MCGOLDRICK, Froma e Mônica, Morte na Família Sobrevivendo às perdas, Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

WILHEIM, Joanna, *O que é psicologia pré-natal*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.

WINNICOTT, D.W, Os bebês e suas mães, São Paulo, Martins fontes, 1994.

_____, O Brincar e a Realidade, Rio de Janeiro Imago, 1975

_____, Conversando com os pais, São Paulo, Martins Fontes, 1993.

_____, (1945) *Desenvolvimento emocional primitivo*, in Textos selecionados Da pediatria à psicanálise, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993, 269-286.

_____, (1949) *Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade*, in Textos selecionados Da pediatria à psicanálise, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993, 313-340.

_____, (1949) *A mente e sua relação com o psique-soma*, in Textos selecionados Da pediatria à psicanálise, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993, 409-428.

- _____, (1952) *Psicose e cuidados maternos*, in Textos selecionados Da pediatria à psicanálise, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993, 375-388.
- _____, (1956) *Preocupação materna primária*, in Textos selecionados Da pediatria à psicanálise, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993, 491-498.
- _____, (1963) *O medo do colapso (Breakdown)*, in Clare, Ray Shepherd e Madeleine Davis (orgs.), Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott, Porto Alegre, Artes médicas, 1994, 70-76.
- _____, *Desenvolvimento do Tema do Inconciente da Mãe tal como Descoberto na Prática Psicanalítica*, Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994, 192-211.
- _____, *Sobre “o Uso de um Objeto”*, Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott, Porto Alegre, Artes médicas, 1994, 170-191.
- _____, *O Conceito de Trauma em Relação ao Desenvolvimento do Indivíduo dentro da Família*, Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott, Porto Alegre, Artes médicas, 1994, 102-116.
- _____, *O destino do objeto*, Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott, Porto Alegre, Artes médicas, 1994, 44-48.
- _____, (1960) *Nota sobre o relacionamento mãe-feto*, in Clare, Ray Shepherd e Madeleine Davis (orgs.), Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott, Porto Alegre, Artes médicas, 1994, 127-128.
- _____, (1970) *As bases para o self no corpo*, in Clare, Ray Shepherd e Madeleine Davis (orgs.), Explorações Psicanalíticas D. W. Winnicott, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994, 203-210.

_____, (1960) *Teoria do Relacionamento paterno-infantil*, in O ambiente e os processos de maturação : estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional, Porto Alegre, Artes Médicas, 1990, 38-54.

_____, (1962) *A integração do Ego no desenvolvimento da criança*, in O ambiente e os processos de maturação : estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional, Porto Alegre, Artes Médicas, 1990, 55-61.

ZAIDHAFT, Sérgio, Morte e Formação Médica, F. Alves, 1990.

Anexo

Óbitos fetais com 28 semanas ou mais ocorridos e registrados no ano, por mês do registro, segundo o lugar do registro*

LUGAR DO REGISTRO	TOTAL DE REGISTROS	MÊS DO REGISTRO											
		JANEIRO	FEVE-REIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEM-BRO	OUTUBRO	NOVEN-BRO	DEZEM-BRO
BRASIL.....	22 433	2 089	1 892	2 179	1 834	2 057	1 904	1 794	1 844	1 681	1 826	1 730	1 767
RONDONIA.....	194	15	18	17	13	27	13	11	19	9	11	20	20
PORTO VELHO.....	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
ACRE.....	54	5	1	3	7	11	7	8	7	2	2	3	2
RIO BRANCO.....	30	3	1	1	6	6	5	3	2	1	1	-	1
AMAZONAS.....	445	66	49	47	24	33	21	25	31	34	27	46	39
MANAUS.....	392	62	45	42	24	31	18	21	25	33	26	36	29
RORAIMA.....	29	2	2	1	1	2	4	6	2	1	4	2	2
BOA VISTA.....	39	4	4	1	2	2	4	6	2	1	4	2	2
PARÁ.....	755	64	41	66	64	68	62	62	70	54	70	78	56
REGIÃO METROPOLITANA.....	356	30	10	33	32	32	36	28	33	24	36	32	32
BELEM.....	348	29	10	32	31	31	36	25	33	24	36	30	31
AMAPÁ.....	119	9	7	6	4	7	18	2	13	10	19	16	8
MACAPÁ.....	90	8	6	4	2	5	15	2	13	7	13	10	5
TOCANTINS.....	101	13	8	5	6	10	6	14	13	8	8	8	5
PALMAS.....	11	2	-	1	-	1	-	3	1	-	2	-	1
MARANHÃO.....	228	39	27	22	19	15	3	26	4	22	14	30	7
SÃO LUIS.....	211	37	24	22	19	12	2	22	7	22	12	30	6
PIAUI.....	17	-	1	-	-	1	1	4	2	3	-	-	5
TERESINA.....	11	-	1	-	-	1	1	3	1	2	-	-	2
CEARÁ.....	262	20	17	33	20	23	19	37	19	14	19	18	23
REGIÃO METROPOLITANA.....	201	14	15	21	18	18	17	29	15	11	13	14	16
FORTALEZA.....	186	11	13	21	16	17	16	25	15	10	12	14	14
RIO GRANDE DO NORTE.....	63	9	7	5	3	6	6	9	5	5	5	-	3
NATAL.....	20	4	3	2	-	-	-	6	3	2	-	-	-
PARAÍBA.....	482	38	33	49	44	50	33	40	34	43	35	31	34
JOÃO PESSOA.....	74	6	7	11	5	12	4	2	5	10	5	2	5
PERNAMBUCO.....	1 492	134	111	129	130	145	136	119	91	109	122	128	128
REGIÃO METROPOLITANA.....	653	52	52	64	47	59	63	64	33	50	39	72	56
RECIFE.....	535	42	39	59	41	44	53	52	27	43	24	63	48
ALAGOAS.....	246	20	25	26	17	13	24	16	22	29	20	15	19
MACEIO.....	105	6	20	14	3	4	10	5	9	8	7	11	8
SERGIPE.....	148	14	8	11	12	8	10	11	12	14	18	10	18
ARACAJU.....	148	14	8	11	12	8	10	11	12	14	18	10	18
BAHIA.....	1 208	97	90	115	105	100	123	102	97	85	117	99	75
REGIÃO METROPOLITANA.....	253	17	16	21	20	28	34	16	32	15	24	19	11
SALVADOR.....	168	11	11	13	15	22	25	12	27	13	19	11	9
MINAS GERAIS.....	3 077	288	241	288	274	307	285	249	239	256	207	204	219
REGIÃO METROPOLITANA.....	818	84	85	72	89	88	74	57	73	88	32	41	35
BELO HORIZONTE.....	605	65	63	57	52	64	60	42	60	63	23	25	21
ESPIRITO SANTO.....	515	48	32	43	48	53	40	41	51	35	52	32	40
REGIÃO METROPOLITANA.....	182	4	17	18	17	19	14	17	18	12	22	12	12
VITÓRIA.....	100	2	12	7	8	13	8	12	6	5	14	8	5
RIO DE JANEIRO.....	2 920	270	219	294	282	271	236	221	242	179	233	201	272
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 145	204	155	203	213	188	178	157	184	130	178	138	207
RIO DE JANEIRO.....	1 059	96	80	108	111	91	93	91	98	65	88	53	105
SÃO PAULO.....	8 878	539	438	593	471	557	524	486	530	455	497	439	450
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 958	254	209	283	234	266	237	242	262	237	266	250	226
SÃO PAULO.....	1 728	151	116	158	131	144	156	148	165	147	164	140	122
PARANÁ.....	1 419	129	101	140	95	142	120	101	104	121	125	127	114
REGIÃO METROPOLITANA.....	391	25	31	29	23	48	32	25	27	39	34	40	39
CURITIBA.....	266	16	18	18	19	31	20	16	22	29	22	28	27
SANTA CATARINA.....	340	34	25	31	19	31	23	30	30	34	26	28	29
FLORIANÓPOLIS.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO GRANDE DO SUL.....	1 188	108	99	121	97	112	97	88	107	82	94	107	78
REGIÃO METROPOLITANA.....	428	41	39	44	32	41	29	26	34	42	38	33	28
PORTO ALEGRE.....	265	24	27	25	24	28	18	12	23	24	19	20	21
MATO GROSSO DO SUL.....	208	26	15	21	17	17	16	19	17	17	18	8	17
CAMPO GRANDE.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MATO GROSSO.....	130	14	15	12	10	8	7	9	10	5	12	16	12
CUIABÁ.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOIÁS.....	515	44	30	44	33	47	46	35	50	33	47	49	57
GOIANIA.....	208	18	12	15	13	15	23	19	22	16	20	15	20
DISTRITO FEDERAL.....	314	34	31	38	19	33	23	21	23	22	23	17	30

* Dados extraídos da estatística do registro civil ano de 1995

Óbitos fetais com 28 semanas ou mais ocorridos e registrados no ano, por mês do registro, segundo o lugar de residência da mãe.*

LUGAR DE RESIDENCIA DA MÃE	TOTAL DE REGISTROS	MES DO REGISTRO											
		JANEIRO	FEVREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL.....	22 433	2 089	1 592	2 179	1 834	2 097	1 904	1 794	1 844	1 681	1 826	1 730	1 763
RONDONIA.....	193	16	18	17	13	27	13	11	18	9	11	20	20
PORTO VELHO.....	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ACRE.....	58	5	1	3	7	11	7	8	7	2	2	3	2
RIO BRANCO.....	28	3	1	1	6	4	5	3	2	1	1	-	1
AMAZONAS.....	446	66	49	47	24	33	21	29	31	34	27	46	39
MANAUS.....	392	62	45	42	24	31	18	21	25	33	26	36	29
RORAIMA.....	29	2	2	1	1	2	4	6	2	1	4	2	2
BOA VISTA.....	29	2	2	1	1	2	4	6	2	1	4	2	2
PARA.....	756	64	41	67	64	68	62	62	70	54	70	78	66
REGIÃO METROPOLITANA.....	355	30	10	33	31	32	36	26	33	25	35	32	32
BELEM.....	322	29	10	32	30	29	35	24	30	25	32	27	29
AMAPA.....	118	9	7	5	4	5	18	2	13	10	19	16	8
MACAPÁ.....	87	8	5	1	2	5	15	2	13	7	13	11	5
TOCANTINS.....	103	12	6	6	6	11	6	14	13	8	9	7	5
PALMAS.....	13	2	-	1	-	1	-	3	1	-	2	1	-
MARANHÃO.....	228	39	27	22	19	16	3	26	4	22	14	30	7
SÃO LUIS.....	211	37	24	22	19	12	2	22	3	22	12	30	6
PIAUI.....	17	-	1	-	-	1	1	4	2	3	-	-	5
TERESINA.....	11	-	1	-	-	1	1	3	1	2	-	-	2
CEARA.....	263	20	17	33	20	23	19	38	19	14	19	18	23
REGIÃO METROPOLITANA.....	201	14	15	21	18	18	17	30	15	11	13	13	16
FORTALEZA.....	188	11	18	21	16	17	16	26	15	10	12	13	14
RIO GRANDE DO NORTE.....	63	9	7	5	3	6	6	8	5	5	5	-	3
NATAL.....	20	4	3	2	-	-	-	8	3	2	-	-	-
PARAIBA.....	495	36	32	48	45	50	33	41	34	43	37	31	34
JOÃO PESSOA.....	74	6	7	10	5	12	4	2	5	11	5	2	5
PERNAMBUCO.....	1 468	131	112	137	126	141	129	118	91	109	119	128	128
REGIÃO METROPOLITANA.....	587	48	48	56	40	53	54	57	30	39	37	69	56
RECIFE.....	352	24	23	41	24	31	27	34	20	27	16	47	36
ALAGOAS.....	255	23	26	27	17	13	26	16	23	29	21	15	19
MACEIO.....	102	6	20	12	3	4	9	5	9	8	7	11	8
SERGIPE.....	146	14	6	11	12	8	10	11	11	14	19	10	18
ARACAJU.....	118	11	8	7	12	8	8	9	6	11	14	9	17
BAHIA.....	1 215	97	84	117	105	101	123	102	88	85	117	99	77
REGIÃO METROPOLITANA.....	772	16	17	23	20	29	34	17	32	15	25	19	12
SALVADOR.....	188	11	11	13	15	22	25	12	27	13	19	11	9
MINAS GERAIS.....	3 056	298	236	294	272	303	284	247	241	257	203	204	217
REGIÃO METROPOLITANA.....	1 772	80	81	66	85	82	68	55	68	84	29	40	34
BELO HORIZONTE.....	415	52	44	34	41	40	36	31	37	47	16	23	14
ESPIRITO SANTO.....	512	48	31	42	48	64	40	39	51	34	53	32	40
REGIÃO METROPOLITANA.....	178	4	16	18	18	18	15	13	18	12	22	12	12
VITORIA.....	60	2	11	6	5	3	3	10	5	4	4	3	4
RIO DE JANEIRO.....	2 801	266	213	280	268	263	217	215	238	176	221	188	256
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 085	201	152	194	205	180	169	157	143	129	167	126	192
RIO DE JANEIRO.....	1 032	94	59	108	106	92	96	93	96	64	81	49	94
SÃO PAULO.....	5 774	529	428	578	448	528	512	465	510	438	477	426	437
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 828	246	195	274	211	245	232	231	246	228	252	245	223
SÃO PAULO.....	1 574	132	102	140	116	129	143	136	149	137	137	131	122
PARANÁ.....	1 418	130	101	138	94	143	122	102	105	120	124	126	114
REGIÃO METROPOLITANA.....	392	26	21	29	21	48	33	25	25	38	35	40	40
CURITIBA.....	227	13	16	17	12	27	17	10	18	25	22	25	25
SANTA CATARINA.....	340	33	25	33	19	30	21	30	31	34	26	29	29
FLORIANOPOLIS.....	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
RIO GRANDE DO SUL.....	1 182	107	87	120	87	112	97	85	106	83	94	106	78
REGIÃO METROPOLITANA.....	400	40	35	40	31	39	27	24	32	38	36	31	27
PORTO ALEGRE.....	150	15	13	17	15	19	11	6	11	10	14	8	11
MATO GROSSO DO SUL.....	206	26	16	21	17	17	16	17	18	17	17	8	16
CAMPO GRANDE.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MATO GROSSO.....	132	14	15	12	10	9	7	9	10	5	12	16	13
CUIABÁ.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOIAS.....	556	51	34	48	38	48	50	37	52	38	52	51	57
GOIANIA.....	190	15	11	14	11	14	23	19	20	15	19	12	17
DISTRITO FEDERAL.....	249	24	25	30	14	29	18	17	19	16	17	14	26
IGNORADO.....	377	20	25	36	42	43	39	32	22	21	37	26	34
ESTRANGEIRO.....	5	-	-	-	1	1	-	2	-	-	-	1	-

* Dados extraídos da estatística do registro civil ano 1995

Óbitos fetais com 28 semanas ou mais ocorridos e registrados no ano, por local do nascimento, número de nascidos por parto e sexo, segundo o lugar do registro*

LUGAR DO REGISTRO	TOTAL DE REGISTROS	OBITOS FETAIS COM 28 SEMANAS OU MAIS OCORRIDOS E REGISTRADOS NO ANO									
		LOCAL DO NASCIMENTO			NUMERO DE NASCIDOS POR PARTO			SEXO			SEM DECLARAÇÃO DE RAÇA
		HOSPITAL	DOMICILIO	OUTRO	UM	DOIS	TRES OU MAIS	MASCULINO	FEMININO		
BRASIL.....	22 433	21 455	870	108	21 897	521	15	12 677	9 671	85	
RONDONIA.....	194	172	15	7	189	5	-	113	79	2	
PORTO VELHO.....	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	
ACRE.....	58	52	5	1	58	-	-	31	27	-	
RIO BRANCO.....	30	30	-	-	30	-	-	15	15	-	
AMAZONAS.....	446	403	37	6	443	3	-	240	206	-	
MANAUS.....	392	370	16	8	391	1	-	212	180	-	
PARAIBA.....	29	29	-	-	29	-	-	20	8	1	
BOA VISTA.....	29	29	-	-	29	-	-	20	8	1	
PARANÁ.....	755	612	140	3	741	12	2	455	282	8	
REGIÃO METROPOLITANA.....	356	330	25	1	349	6	1	195	161	-	
BELEM.....	348	325	22	1	341	6	1	191	157	-	
AMAPA.....	119	112	7	-	116	3	-	71	47	1	
MACAPA.....	90	89	1	-	87	3	-	52	38	-	
TOCANTINS.....	101	97	4	-	97	4	-	49	52	-	
PALMAS.....	11	11	-	-	11	-	-	7	4	-	
MARANHÃO.....	228	219	9	-	228	-	-	136	89	3	
SÃO LUIS.....	211	203	8	-	211	-	-	128	80	3	
PIAUI.....	17	18	1	-	18	1	-	11	6	-	
TERESINA.....	11	11	-	-	11	-	-	8	3	-	
CEARA.....	262	248	12	2	260	2	-	138	124	-	
REGIÃO METROPOLITANA.....	201	193	8	-	200	1	-	100	101	-	
FORTALEZA.....	188	182	4	-	185	1	-	93	93	-	
RIO GRANDE DO NORTE.....	63	59	3	1	62	1	-	41	22	-	
NATAL.....	20	18	1	1	20	-	-	13	7	-	
PARAIBA.....	462	409	51	2	448	14	-	278	186	-	
JOÃO PESSOA.....	74	72	2	-	74	-	-	40	34	-	
PERNAMBUCO.....	1 482	1 395	84	3	1 449	41	2	893	594	5	
REGIÃO METROPOLITANA.....	853	828	24	1	841	10	2	387	283	3	
RECIFE.....	535	521	13	1	523	10	2	310	225	-	
ALAGOAS.....	246	218	25	3	241	5	-	139	101	6	
MACEIO.....	105	102	3	-	103	2	-	49	50	-	
SERGIPE.....	148	148	-	-	143	5	-	81	57	-	
ARACAJU.....	148	148	-	-	143	5	-	81	57	-	
BANHIA.....	1 208	1 052	149	7	1 140	28	-	714	491	3	
REGIÃO METROPOLITANA.....	253	247	6	-	253	-	-	141	110	2	
SALVADOR.....	188	184	4	-	188	-	-	103	83	2	
MINAS GERAIS.....	3 077	3 000	65	12	2 977	87	3	1 768	1 284	23	
REGIÃO METROPOLITANA.....	818	801	10	7	781	34	3	470	334	14	
BELO HORIZONTE.....	805	593	8	6	570	32	3	345	248	12	
ESPIRITO SANTO.....	515	498	18	1	501	14	-	280	234	1	
REGIÃO METROPOLITANA.....	182	179	3	-	181	1	-	104	77	1	
VITORIA.....	100	99	1	-	99	-	-	52	48	-	
RIO DE JANEIRO.....	2 820	2 882	20	8	2 889	28	2	1 369	1 344	7	
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 145	2 130	8	7	2 128	15	1	1 146	997	2	
RIO DE JANEIRO.....	1 059	1 050	4	5	1 047	12	-	560	497	2	
SÃO PAULO.....	5 979	5 859	99	21	5 830	143	6	3 314	2 552	13	
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 956	2 895	45	16	2 901	52	3	1 650	1 300	6	
SÃO PAULO.....	1 728	1 684	28	6	1 699	27	2	988	757	2	
PARANÁ.....	1 419	1 374	43	2	1 381	38	-	804	615	-	
REGIÃO METROPOLITANA.....	391	387	4	-	377	14	-	238	155	-	
CURITIBA.....	266	266	-	-	254	12	-	159	107	-	
SANTA CATARINA.....	340	337	2	1	332	8	-	191	148	1	
FLORIANOPOLIS.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
RIO GRANDE DO SUL.....	1 188	1 154	28	6	1 157	31	-	650	534	4	
REGIÃO METROPOLITANA.....	426	412	13	1	412	14	-	212	214	-	
PORTO ALEGRE.....	253	254	10	1	259	6	-	134	131	-	
MATO GROSSO DO SUL.....	208	180	20	8	200	8	-	127	81	-	
CAMPO GRANDE.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MATO GROSSO.....	130	118	10	2	126	4	-	69	61	-	
CUIABA.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
GOIAS.....	515	494	14	7	502	13	-	303	209	3	
GOIANIA.....	208	200	5	5	208	-	-	121	87	-	
DISTRITO FEDERAL.....	314	308	1	5	302	12	-	184	128	2	

* Dados extraídos da estatística do Registro Civil de 1995.

Óbitos fetais com 28 semanas ou mais ocorridos e registrados no ano, por local do nascimento, número de nascidos por parto e sexo, segundo o lugar de residência da mãe.*

LUGAR DE RESIDENCIA DA MÃE	TOTAL DE REGISTROS	ÓBITOS FETAIS COM 28 SEMANAS OU MAIS OCORRIDOS E REGISTRADOS NO ANO									
		LOCAL DO NASCIMENTO			NÚMERO DE NASCIDOS POR PARTO			SEXO			
		HOSPITAL	DOMICILIO	OUTRO	UM	DOIS	TRES OU MAIS	MASCULINO	FEMININO	SEM RAÇA	
										DECLARADA	RAÇA
TOTAL.....	22 433	21 455	870	108	21 887	521	15	12 677	9 671	85	
RONDONIA.....	193	171	15	7	188	5	-	112	78	2	
PORTO VELHO.....	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	
ACRE.....	58	52	-	-	58	-	-	31	27	-	
RIO BRANCO.....	28	28	-	-	28	-	-	14	14	-	
AMAZONAS.....	448	402	37	8	443	3	-	240	206	-	
MANAUS.....	392	370	18	6	391	1	-	212	180	-	
BOA VISTA.....	29	29	-	-	29	-	-	20	8	1	
BOA VISTA.....	29	29	-	-	29	-	-	20	8	1	
PARAÍSO.....	756	612	141	3	742	12	2	456	292	8	
REGIÃO METROPOLITANA.....	355	329	25	1	348	6	1	194	161	-	
BELEM.....	332	310	21	1	325	6	1	185	147	-	
AMAPA.....	118	112	8	-	115	3	-	70	47	1	
MACAPÁ.....	87	87	-	-	84	3	-	52	35	-	
TOCANTINS.....	103	99	4	-	99	4	-	53	50	-	
PALMAS.....	13	13	-	-	13	-	-	9	4	-	
MARANHÃO.....	228	219	9	-	228	-	-	136	88	3	
SÃO LUIS.....	211	203	8	-	211	-	-	128	80	3	
PIAUI.....	17	16	1	-	16	1	-	11	6	-	
TERESINA.....	11	11	-	-	11	-	-	8	3	-	
CEARA.....	263	249	12	2	261	2	-	138	124	-	
REGIÃO METROPOLITANA.....	201	193	8	-	200	1	-	100	101	-	
FORTALEZA.....	186	181	5	-	185	1	-	94	92	-	
RIO GRANDE DO NORTE.....	63	59	3	1	62	1	-	41	22	-	
NATAL.....	20	18	1	-	20	-	-	13	7	-	
PARAIBA.....	465	412	51	2	451	14	-	275	190	-	
JOÃO PESSOA.....	74	72	2	-	74	-	-	39	35	-	
PERNAMBUCO.....	1 489	1 372	94	3	1 428	41	2	882	582	5	
REGIÃO METROPOLITANA.....	587	582	23	1	575	10	2	356	228	3	
RECIFE.....	352	339	12	1	342	8	2	201	151	-	
ALAGOAS.....	255	227	25	3	250	5	-	147	102	5	
MACEIO.....	102	100	2	-	102	-	-	48	48	6	
SERGIPE.....	146	146	-	-	141	5	-	90	56	-	
ARACAJU.....	118	118	-	-	113	5	-	70	48	-	
BAHIA.....	1 215	1 058	149	7	1 187	28	-	716	496	3	
REGIÃO METROPOLITANA.....	259	250	6	-	259	-	-	143	114	2	
SALVADOR.....	188	184	4	-	188	-	-	103	83	2	
MINAS GERAIS.....	3 056	2 985	63	4	2 955	38	3	1 759	1 272	25	
REGIÃO METROPOLITANA.....	772	760	9	3	735	34	3	445	313	14	
BELO HORIZONTE.....	415	410	4	1	389	23	3	248	165	4	
ESPIRITO SANTO.....	512	495	16	1	498	14	-	281	231	-	
REGIÃO METROPOLITANA.....	178	175	3	-	177	1	-	105	79	-	
VITORIA.....	60	59	1	-	59	1	-	30	30	-	
RIO DE JANEIRO.....	2 801	2 774	20	7	2 770	28	2	1 510	1 284	7	
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 085	2 051	8	6	2 048	18	1	1 105	958	2	
RIO DE JANEIRO.....	1 032	1 023	4	5	1 019	12	1	548	482	2	
SÃO PAULO.....	5 774	5 866	56	12	5 828	142	8	3 188	2 865	11	
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 828	2 776	43	9	2 773	52	3	1 577	1 247	4	
SÃO PAULO.....	1 574	1 543	27	4	1 544	29	2	879	693	2	
PARANÁ.....	1 419	1 374	43	2	1 381	38	-	804	815	-	
REGIÃO METROPOLITANA.....	392	388	4	-	378	14	-	236	156	-	
CURITIBA.....	227	227	-	-	218	11	-	135	92	-	
SANTA CATARINA.....	340	337	2	1	332	8	-	191	148	1	
FLORIANOPOLIS.....	1	1	-	-	1	-	-	-	1	-	
RIO GRANDE DO SUL.....	1 182	1 148	28	6	1 151	31	-	643	535	4	
REGIÃO METROPOLITANA.....	400	388	11	1	388	12	-	198	202	-	
PORTO ALEGRE.....	150	143	6	1	147	3	-	71	79	-	
MATO GROSSO DO SUL.....	206	178	20	8	198	8	-	127	79	-	
CAMPO GRANDE.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MATO GROSSO.....	132	120	10	2	128	4	-	70	62	-	
CUIABÁ.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
GOIAS.....	556	535	14	7	545	11	-	334	218	4	
GOIANIA.....	190	182	3	5	190	-	-	111	79	-	
DISTRITO FEDERAL.....	249	243	1	3	235	14	-	137	111	1	
IGNORADO.....	377	356	5	18	377	-	-	201	173	3	
ESTRANGEIRO.....	5	5	-	-	5	-	-	3	2	-	

* Dados extraídos da estatística do Registro Civil de 1995.

Óbitos fetais com 28 semanas ou mais ocorridos e registrados no ano, por grupos de idade da mãe na ocasião do parto, segundo o lugar de registro*

LUGAR DO REGISTRO	TOTAL DE REGISTROS	GRUPOS DE IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO									
		MENOS DE 15 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 24 ANOS	25 A 29 ANOS	30 A 34 ANOS	35 A 39 ANOS	40 A 44 ANOS	45 A 49 ANOS	50 ANOS OU MAIS	IDADE IGND-RADA
BRASIL.....	22 433	147	3 219	5 139	4 414	2 877	1 888	707	110	10	3 922
RONDONIA.....	194	3	45	54	29	17	11	4	3	1	27
PORTO VELHO.....	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
ACRE.....	58	1	12	11	10	6	5	2	-	-	11
RIO BRANCO.....	30	1	4	2	5	4	5	1	-	-	8
AMAZONAS.....	446	4	99	102	65	44	22	7	1	-	102
MANAUS.....	392	4	89	94	56	37	21	7	1	-	82
RORAIMA.....	29	1	3	3	1	2	18	1	-	-	-
BOA VISTA.....	23	1	3	3	1	2	18	1	-	-	-
PARA.....	755	6	187	188	145	75	47	18	2	-	89
REGIÃO METROPOLITANA.....	356	4	70	88	74	35	19	2	-	-	34
BELEM.....	348	4	67	96	74	34	17	2	-	-	54
AMAPA.....	118	1	24	35	18	16	8	7	4	-	6
MACAPA.....	90	1	22	22	16	11	8	7	2	-	1
TOCANTINS.....	101	1	17	26	21	5	8	1	-	-	22
PALMAS.....	11	-	-	-	2	2	-	-	-	-	5
MARANHÃO.....	228	-	59	94	38	15	8	2	-	1	13
SÃO LUIS.....	211	-	54	90	32	14	6	1	-	1	13
PIAUI.....	17	-	3	2	3	6	3	-	-	-	-
TERESINA.....	11	-	3	1	1	5	1	-	-	-	-
CEARA.....	262	1	27	81	51	36	27	8	1	-	30
REGIÃO METROPOLITANA.....	201	1	21	61	38	26	19	7	1	-	27
PORTALEZA.....	188	-	20	54	36	25	18	6	-	-	28
RIO GRANDE DO NORTE.....	63	-	12	17	13	14	2	3	-	-	2
NATAL.....	20	-	7	6	3	2	1	-	-	-	1
PARAIBA.....	462	4	77	128	112	66	37	15	6	1	18
JOÃO PESSOA.....	74	1	19	23	17	7	3	2	1	-	1
PERNAMBUCO.....	1 492	13	299	423	297	133	112	41	6	-	168
REGIÃO METROPOLITANA.....	653	5	152	176	122	60	32	15	-	-	91
RECIFE.....	535	3	120	145	102	51	32	13	-	-	69
ALAGOAS.....	246	2	83	66	51	19	5	9	-	-	31
MACEIO.....	106	1	31	25	27	7	-	4	-	-	10
SERGIPE.....	148	-	8	5	22	2	42	4	-	-	85
ARACAJU.....	148	-	8	6	22	2	42	4	-	-	65
BAHIA.....	1 208	8	209	330	249	130	95	36	5	-	148
REGIÃO METROPOLITANA.....	253	-	19	48	35	30	18	4	2	-	87
SALVADOR.....	188	-	11	33	24	20	10	3	1	-	86
MINAS GERAIS.....	3 077	11	392	721	692	534	330	127	26	2	242
REGIÃO METROPOLITANA.....	818	4	93	175	182	170	98	44	7	-	45
BELO HORIZONTE.....	605	3	59	121	125	138	80	39	6	-	35
ESPIRITO SANTO.....	515	4	79	124	100	62	37	14	1	-	100
REGIÃO METROPOLITANA.....	182	-	27	36	37	17	18	6	-	-	39
VITORIA.....	100	-	18	17	19	10	13	5	-	-	20
RIO DE JANEIRO.....	2 920	9	275	483	416	297	170	74	4	2	1 190
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 145	5	206	308	265	183	105	52	4	1	1 016
RIO DE JANEIRO.....	1 059	-	19	47	50	27	25	18	2	-	971
SÃO PAULO.....	5 978	63	690	1 250	1 182	830	526	192	28	2	1 216
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 956	48	255	492	508	374	223	87	17	-	854
SÃO PAULO.....	1 728	37	111	212	271	180	112	45	7	-	782
PARANA.....	1 419	5	222	358	316	207	127	42	11	-	131
REGIÃO METROPOLITANA.....	391	2	45	116	78	44	31	5	3	-	67
CURITIBA.....	266	2	23	71	57	34	19	2	3	-	55
SANTA CATARINA.....	340	-	81	89	76	60	24	16	2	-	12
FLORIANOPOLIS.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO GRANDE DO SUL.....	1 188	3	162	257	256	206	167	62	6	-	69
REGIÃO METROPOLITANA.....	426	2	63	99	87	78	63	23	1	-	10
PORTO ALEGRE.....	265	1	34	63	52	55	39	15	1	-	5
MATO GROSSO DO SUL.....	208	-	44	54	40	-	12	7	1	-	37
CAMPO GRANDE.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MATO GROSSO.....	130	2	31	38	26	14	6	3	-	1	11
CUIABA.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOIAS.....	515	4	111	157	140	98	24	8	2	-	33
GOIANIA.....	208	-	39	54	69	15	6	1	2	-	21
DISTRITO FEDERAL.....	314	1	8	43	47	40	15	6	1	-	130

* Dados extraídos da estatística do Registro Civil de 1995.

Óbitos fetais com 28 semanas ou mais ocorridos e registrados no ano, por grupos de idade da mãe na ocasião o parto, segundo lugar de residência da mãe.*

LUGAR DE RESIDENCIA DA MÃE	TOTAL DE REGISTROS	GRUPOS DE IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO										
		MENOS DE 15 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 24 ANOS	25 A 29 ANOS	30 A 34 ANOS	35 A 39 ANOS	40 A 44 ANOS	45 A 49 ANOS	50 ANOS OU MAIS	IDADE IGUAL OU MAIOR	
TOTAL.....	22 433	147	3 219	5 139	4 414	2 877	1 888	707	110	10	3 922	
RONDONIA.....	193	3	45	53	29	17	11	4	3	1	27	
PORTO VELHO.....	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	
ACRE.....	58	1	12	11	10	6	5	2	-	-	11	
RIO BRANCO.....	28	1	4	2	5	4	3	1	-	-	8	
AMAZONAS.....	448	4	88	101	85	44	22	7	1	-	102	
MAKAUS.....	392	4	89	94	56	37	21	7	1	-	83	
RORAIMA.....	29	1	3	3	1	2	18	1	-	-	-	
BOA VISTA.....	29	1	3	3	1	2	18	1	-	-	-	
PARA.....	756	6	187	186	148	75	47	18	2	-	89	
REGIÃO METROPOLITANA.....	355	4	70	88	73	35	19	2	-	-	54	
BELEM.....	332	4	63	92	66	34	17	17	-	-	54	
AMAPA.....	118	1	24	35	17	15	8	7	4	-	6	
MACAPA.....	87	1	22	22	15	10	8	6	3	-	-	
TOCANTINS.....	103	1	17	25	23	5	8	1	-	-	23	
PALMAS.....	13	-	-	-	4	2	2	-	-	-	5	
MARANHÃO.....	228	-	59	84	36	15	8	2	-	1	13	
SÃO LUIS.....	211	-	54	90	32	14	6	1	-	1	13	
PIAUI.....	17	-	3	2	3	8	3	-	-	-	-	
TERESINA.....	11	-	3	1	5	5	1	-	-	-	-	
CEARA.....	263	1	28	81	51	36	27	8	1	-	30	
REGIÃO METROPOLITANA.....	201	1	22	61	37	26	18	7	1	-	27	
FORTALEZA.....	188	-	21	55	35	25	18	6	1	-	25	
RIO GRANDE DO NORTE.....	63	-	12	17	13	14	2	3	-	-	2	
NATAL.....	20	-	7	6	3	2	-	1	-	-	1	
PARAIBA.....	485	4	77	127	115	68	37	15	6	1	15	
JOÃO PESSOA.....	74	1	18	23	17	7	3	2	1	-	1	
PERNAMBUCO.....	1 469	13	288	418	293	128	110	41	5	-	152	
REGIÃO METROPOLITANA.....	587	5	141	156	113	54	28	14	-	-	75	
RECIFE.....	352	2	80	91	73	38	23	8	-	-	39	
ALAGOAS.....	255	2	64	70	53	20	6	9	-	-	31	
MACEIO.....	102	1	31	22	27	7	-	4	-	-	10	
SERGIPE.....	146	-	7	5	22	2	42	4	-	-	54	
ARACAJU.....	118	-	6	4	16	2	30	1	-	-	59	
BAHIA.....	1 215	8	212	331	250	131	95	38	5	-	147	
REGIÃO METROPOLITANA.....	259	-	20	47	38	32	19	4	2	-	87	
SALVADOR.....	188	-	11	33	24	20	10	3	1	-	86	
MINAS GERAIS.....	3 086	11	391	719	691	523	333	126	26	2	224	
REGIÃO METROPOLITANA.....	772	4	83	185	173	167	98	42	7	-	23	
BELO HORIZONTE.....	415	2	48	76	92	94	61	28	3	-	11	
ESPIRITO SANTO.....	512	4	78	128	101	53	38	14	1	-	85	
REGIÃO METROPOLITANA.....	178	-	27	37	36	18	8	2	-	-	35	
VITORIA.....	80	-	9	10	13	6	8	2	-	-	12	
RIO DE JANEIRO.....	2 801	8	273	481	414	286	168	74	4	2	1 080	
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 065	5	208	313	284	183	105	52	4	1	830	
RIO DE JANEIRO.....	1 032	-	30	63	49	29	27	20	3	-	811	
SÃO PAULO.....	5 774	83	890	1 241	1 174	827	522	183	28	2	1 034	
REGIÃO METROPOLITANA.....	2 828	46	283	438	528	384	227	89	17	-	776	
SÃO PAULO.....	1 874	36	115	228	271	184	115	47	8	-	572	
PARANA.....	1 419	5	222	361	318	207	127	42	11	-	128	
REGIÃO METROPOLITANA.....	392	2	46	118	80	45	29	5	3	-	64	
CURITIBA.....	227	-	22	85	47	31	12	3	3	-	42	
SANTA CATARINA.....	340	-	60	88	77	61	24	16	2	-	12	
FLORIANOPOLIS.....	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
RIO GRANDE DO SUL.....	1 182	3	183	287	254	208	168	61	6	-	66	
REGIÃO METROPOLITANA.....	400	2	60	92	82	71	61	21	2	-	9	
PORTO ALEGRE.....	150	1	23	35	26	29	23	9	1	-	3	
MATO GROSSO DO SUL.....	208	-	41	55	40	13	12	7	1	-	37	
CAMPO GRANDE.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
MATO GROSSO.....	132	2	31	36	28	14	6	3	-	1	11	
CUIABA.....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
GOIAS.....	556	4	110	161	150	50	27	7	3	-	44	
GOIANIA.....	190	-	33	52	63	15	6	-	-	-	20	
DISTRITO FEDERAL.....	249	1	8	37	35	29	11	5	-	-	123	
IGNORADO.....	377	-	4	11	6	3	4	1	-	-	346	
ESTRANGEIRO.....	5	-	1	2	1	-	1	-	-	-	-	

* Dados extraídos da estatística do Registro Civil de 1995.

Óbitos fetais com 28 semanas ou mais ocorridos e registrados no ano, por local de nascimento e sexo, segundo a idade da mãe na ocasião do parto*

IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO	TOTAL DE REGISTROS	ÓBITOS FETAIS COM 28 SEMANAS OU MAIS OCORRIDOS E REGISTRADOS NO ANO					
		LOCAL DO NASCIMENTO			SEXO		
		HOSPITAL	DOMICILIO	OUTRO	MASCULINO	FEMININO	SEM DECLARAÇÃO
TOTAL.....	22 433	21 455	870	108	12 877	9 671	85
MENOS DE 15 ANOS.....	147	139	8	-	82	63	2
15 A 19 ANOS.....	3 219	3 034	182	23	1 862	1 349	8
15 ANOS.....	215	204	11	-	130	83	2
16 ANOS.....	479	455	20	4	278	200	1
17 ANOS.....	648	602	41	6	379	269	1
18 ANOS.....	886	837	43	5	503	382	1
19 ANOS.....	930	936	47	7	572	415	3
20 A 24 ANOS.....	5 139	4 897	219	23	2 887	2 233	19
20 ANOS.....	1 093	1 028	60	4	606	485	8
21 ANOS.....	986	949	34	3	541	437	3
22 ANOS.....	1 016	967	43	6	581	432	3
23 ANOS.....	1 088	1 023	39	6	612	453	3
24 ANOS.....	976	930	43	3	547	426	3
25 A 29 ANOS.....	4 414	4 241	163	10	2 495	1 897	22
25 ANOS.....	1 052	1 005	43	4	579	466	7
26 ANOS.....	875	835	39	1	519	352	4
27 ANOS.....	861	829	30	2	505	351	5
28 ANOS.....	889	861	28	-	506	381	2
29 ANOS.....	737	711	23	3	386	347	4
30 A 34 ANOS.....	2 877	2 784	82	11	1 589	1 280	8
30 ANOS.....	734	718	15	1	386	346	2
31 ANOS.....	578	559	16	3	341	236	1
32 ANOS.....	614	593	20	1	351	262	1
33 ANOS.....	474	458	14	4	253	218	3
34 ANOS.....	477	458	17	2	258	218	1
35 A 39 ANOS.....	1 888	1 805	81	2	1 081	791	6
35 ANOS.....	498	474	24	-	295	203	2
36 ANOS.....	404	390	13	1	231	171	2
37 ANOS.....	364	343	20	1	203	159	2
38 ANOS.....	378	363	15	-	217	159	2
39 ANOS.....	244	235	9	-	145	99	-
40 A 44 ANOS.....	707	670	35	2	391	313	3
40 ANOS.....	241	222	18	1	134	105	2
41 ANOS.....	165	157	8	-	93	72	-
42 ANOS.....	125	123	1	1	69	55	1
43 ANOS.....	99	95	4	-	57	42	-
44 ANOS.....	77	73	4	-	38	39	-
45 A 49 ANOS.....	110	108	2	-	66	44	-
45 ANOS.....	66	66	-	-	36	30	-
46 ANOS.....	15	15	-	-	11	4	-
47 ANOS.....	17	16	1	-	13	4	-
48 ANOS.....	5	5	-	-	4	5	-
49 ANOS.....	7	6	1	-	2	1	-
50 ANOS OU MAIS.....	10	10	-	-	6	4	-
IDADE IGNORADA.....	3 922	3 767	118	37	2 208	1 897	17

* Dados extraídos da estatística do Registro Civil de 1995.

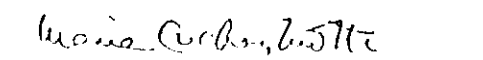
Óbitos fetais com 28 semanas ou mais ocorridos e registrados no ano, por grupos de idade da mãe na ocasião do parto, segundo o lugar de nascimento e residência da mãe*

LUGAR DE NASCIMENTO E RESIDENCIA DA MÃE	TOTAL DE REGISTROS	GRUPOS DE IDADE DA MÃE NA OCASIÃO DO PARTO									
		MEIOS DE 15 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 24 ANOS	25 A 29 ANOS	30 A 34 ANOS	35 A 39 ANOS	40 A 44 ANOS	45 A 49 ANOS	50 ANOS OU MAIS	IDADE IGNO- RADA
TOTAL.....	16 971	109	2 702	4 168	3 475	2 249	1 442	539	80	7	2 199
RONDONIA.....	19	1	11	5	1	-	-	1	-	-	-
ACRE.....	46	1	11	11	9	4	4	1	-	-	5
AMAZONAS.....	396	3	89	92	60	34	19	4	1	-	94
RORAIMA.....	29	1	3	3	1	2	18	1	-	-	-
PARA.....	840	6	156	173	124	64	39	14	2	-	62
AMAPA.....	70	-	13	22	8	12	4	4	3	-	4
TOCANTINS.....	70	1	13	21	15	3	6	1	-	-	10
MARANHÃO.....	225	-	59	99	34	15	8	2	-	1	13
PIAUI.....	16	-	3	2	3	5	3	-	-	-	-
CEARA.....	261	1	27	81	51	35	27	8	1	-	30
RIO GRANDE DO NORTE.....	58	-	11	15	12	13	2	3	-	-	2
PARAIBA.....	443	3	75	123	111	65	34	14	5	1	12
PERNAMBUCO.....	1 271	10	263	365	258	115	98	27	6	-	119
ALAGOAS.....	232	2	62	63	47	16	4	9	-	-	29
SERGIPE.....	57	-	1	4	10	-	4	3	-	-	35
BAHIA.....	1 187	8	204	322	243	126	94	35	5	-	130
MINAS GERAIS.....	2 730	10	347	622	625	490	303	116	25	2	180
ESPIRITO SANTO.....	408	4	61	108	84	45	32	10	-	-	64
RIO DE JANEIRO.....	1 979	9	254	435	350	259	139	54	3	2	474
SÃO PAULO.....	3 383	38	615	769	704	498	306	122	12	1	420
PARANA.....	1 119	4	175	318	260	163	86	21	7	-	72
SANTA CATARINA.....	285	-	53	77	67	48	17	11	1	-	11
RIO GRANDE DO SUL.....	1 136	3	152	248	245	198	162	58	6	-	64
MATO GROSSO DO SUL.....	133	-	29	34	31	6	5	4	-	-	24
MATO GROSSO.....	40	2	15	11	6	3	-	-	-	-	3
GOIAS.....	404	2	85	131	112	29	14	5	3	-	13
DISTRITO FEDERAL.....	17	-	1	5	2	3	1	-	-	-	5
IGUARAÇU.....	336	-	-	5	3	-	3	1	-	-	324
ESTRANGEIRO.....	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-

* Dados extraídos da estatística do Registro Civil de 1995

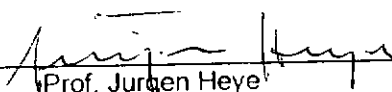
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Kátia Maria Pacheco Saraiva, intitulada "**O segredo converte-se num bebê: A importância do encontro da mãe com o bebê natimorto**", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:


Prof. Angela Baraf Podkameni
PUC-Rio (Orientadora)


Prof. Maria Euchares de Senna Motta
PUC-Rio


Prof. Esther Maria de Magalhães Arantes
PUC-Rio

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ...31...3.../2000.


Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas