



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM E SAÚDE DA MULHER- NUPESM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**O SENTIDO DO SER-MÃE-QUE-ENGRAVIDOU-APÓS-ÓBITO-FETAL:
possibilidades assistenciais de e para a enfermagem**

Carmen Lúcia Moraes Miranda

**Rio de Janeiro
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM E SAÚDE DA MULHER- NUPESM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**O SENTIDO DO SER-MÃE-QUE-ENGRAVIDOU-APÓS-ÓBITO-FETAL:
possibilidades assistenciais de e para a enfermagem**

Carmen Lúcia Moraes Miranda

Tese de Doutorado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ivis Emília de Oliveira Souza

**Rio de Janeiro
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA

Miranda, Carmen Lúcia Moraes

O sentido do ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal: possibilidades assistenciais de e para a enfermagem / Carmen Lúcia Moraes Miranda.- Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 2011.

Xv, 120 f.

Orientadora: Ivis Emilia de Oliveira Souza

Tese (Doutorado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1.Enfermagem 2. Enfermagem Obstétrica 3. Gravidez de Alto Risco. 4 Saúde da mulher 5. Natimorto. I. Miranda, Carmen Lúcia Moraes II. Universidade Federal do Rio Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

**O SENTIDO DO SER-MÃE-QUE-ENGRAVIDOU-APÓS-ÓBITO-FETAL:
possibilidades assistenciais de e para a enfermagem.**

Carmen Lúcia Moraes Miranda

Tese de Doutorado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

APROVADO POR:

Presidente: Prof^ª. Dr^ª Ivis Emilia de Oliveira Souza
Professora Titular da EEAN-UFRJ

1^ª . Examinadora: Prof^ª. Dr^ª Antonia Margareth Moita Sá
Professora Adjunta da EEMB-UEPA

2^ª . Examinadora: Prof^ª. Dr^ª Lúcia Helena G. Penna
Professora Adjunta da UERJ

3^ª . Examinadora: Prof^ª. Dr^ª Sônia Mara Faria Simões
Professora Titular da UFF

4^ª . Examinadora: Prof^ª. Dr^ª Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Professora Titular da EEAN-UFRJ

1^ª . Suplente: Prof^ª. Dr^ª Ana Beatriz Queiroz
Professora Adjunta da EEAN-UFRJ

2^ª . Suplente: Prof^ª. Dr^ª Jane Márcia Progianti
Professora Adjunta da UERJ

**Rio de Janeiro
2011**

Aos meus pais Maria do Carmo e José não mais presentes, mas que gerando a vida me fizeram ser-no-mundo.

Às minhas filhas Aline e Arlene, que sendo-no-mundo-com transbordaram amor, compreensão, dedicação e aprenderam a superar minhas ausências.

Às mães depoentes que, na abertura do seu vivido, possibilitaram a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por meu ex-sistir e a possibilidade de enquanto pré-sença poder usufruir com saúde deste momento singular.

Às minhas filhas pela paciência, compreensão, carinho e incentivo manifestados em todo o percurso de realização deste estudo.

Às minhas irmãs Maria José e Elza que no modo de ser-com cuidaram de minhas filhas durante minhas ausências.

À Dr^a Ivis Emilia de Oliveira Souza, professora orientadora deste estudo, que, de forma prazerosa me conduziu aos caminhos da femonenologia e do pensar filosófico de Martin Heidegger e que no modo de ser-com se abriu e compartilhou sua sabedoria, amizade, cuidado e carinho com esta orientanda.

A todos os colegas do doutorado e em especial a: Ilma, Heliana, Dilma, Laura, Iacy, Liracy, Ivaneide, Ivonete, Ingrid, Goreth, Fátima, Auxiliadora, Izabel, Marcelle e Maristela que, no compartilhar dos momentos de prazer e sofrer foram pré-senças verdadeiras nesta etapa significativa de minha vida.

Aos professores do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Mulher (NUPESM) que foram incansáveis na programação e participação direta e indireta na disciplina Métodos e Técnicas de Pesquisa em saúde da Mulher.

À Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura pela abertura que possibilitou o desabrochar de uma amizade sincera e pelas valiosas contribuições oferecidas durante todo o processo de construção deste estudo.

Aos funcionários, Jorge Anselmo, Sonia Xavier, Filipe Gabi e Lúcia Rodrigues que sempre disponíveis me ajudaram durante esta caminhada e pela amizade que emergiu deste modo de ser e acontecer.

À Prf^a Dr^a Maria Antonieta Rubio Tyrrel e Prf^a Dr^a Neide Titonelli Alvim pela oportunidade ofertada a Universidade do Estado do Pará / Escola de Enfermagem Magalhães Barata para realização de tão grandiosa parceria e pela confiança depositada nos docentes desta Instituição

Às Professoras Márcia de Assunção Ferreira, Maria da Soledade Simeão dos Santos, Regina Golner Zeitoune e Antonia Margareth Moita Sá, que sabiamente coordenaram este curso.

Às Professoras do Curso de Doutorado Ivis Emilia de Oliveira Souza, Lígia de Oliveira Viana, Anny Mary, Ana Beatriz de Azevedo Queiroz, Marcos Brandão, Glauceia Valadão, Neide Titonelli Alvim, Márcia Assunção, Maria Aparecida Vasconcelos Moura, pela competência acadêmica e pelo acolhimento transmitido em nossos encontros diários.

À Universidade do Estado do Pará na pessoa da Reitora Prof^a Dr^a Marília Brasil e a Dr^a Mary Elizabeth de Santana coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem que viabilizaram a operacionalização de realização deste curso.

À Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará na pessoa da amiga e enfermeira Lilian de Cássia Pinheiro, gerente da tocoginecologia, por compreender e valorizar a importância da qualificação profissional do enfermeiro, que concedeu meu afastamento para a realização de mais esta etapa de progressão profissional.

Às professoras e amigas (Camila, Elizete, Graça, Francinéa, Mery, Sandra. À secretária (Tábíta) e ex-secretários (Carol e Jeferson) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que, com dedicação, mantiveram nas minhas ausências, o serviço funcionando.

À todos os que, em algum momento, participaram da Banca examinadora: Dr^a Ivis Emilia de Oliveira Souza, Dr^a Sônia Mara Faria Simões, Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Dr^a Lúcia Helena G, Penna, Dr^a Ana Beatriz Queiroz, Dr^a Jane Márcia Progianti, Dr^a Antonia Margareth Moita Sá, pelas significativas contribuições na construção e aperfeiçoamento dessa tese.

RESUMO

MIRANDA, Carmen Lúcia Moraes **O Sentido Do Ser-Mãe-Que-Engravidou-Depois-Óbito-Fetal**: possibilidades assistenciais de e para a enfermagem. Rio de Janeiro, 2011.

Resumo de tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa, Escola de Enfermagem Anna Nery, vinculada ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Mulher (NUPESM) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Ivis Emilia de Oliveira Souza.

A ocorrência de morte fetal é uma situação nefasta que, de acordo com a etiologia, pode representar prognóstico negativo para vida reprodutiva futura. O óbito fetal incide em percentual elevado entre as primigestas, fato que conduzirá à maior possibilidade da gravidez acontecer novamente. A inquietação que determinou a investigação emergiu da minha dissertação de mestrado, na qual o vivido das mães que passam por um processo de perda fetal revelou uma grande dificuldade para pensarem em enfrentar uma nova gravidez. A prática assistencial e docente como enfermeira em maternidade permitiu olhar atentivamente para as manifestações maternas em gestação seguinte a óbito fetal. Esta pesquisa teve o objetivo de desvelar o sentido do ser mãe que vivenciou uma gestação após óbito fetal, utilizou a abordagem fenomenológica sustentada no referencial teórico filosófico de Martin Heidegger. Foi desenvolvida no setor de maternidade de um hospital público estadual da cidade de Belém – PA. Foram depoentes dezesseis mães. A compreensão vaga e mediana constituiu-se de cinco unidades de significação, das quais emergiu o conceito de ser mãe que vivenciou uma gestação após o óbito fetal; “lembra dos fatos relacionados à perda do filho descrevendo o sofrimento que passou; sentiu muito medo e não queria engravidar, mas depois de algum tempo, engravidou; viveu a gestação com preocupação, insegurança, apreensão e vigilância comparando com a perda anterior; manifestou a necessidade de ter pessoas ao seu lado, para enfrentar a gestação; engravidar foi viver um desafio, difícil de superar, mais trouxe felicidade, com o bebê ao seu lado, está tudo bem”. A hermenêutica desvelou que o *ser-mãe-que-engravidou-depois-óbito-fetal*, diante da facticidade da gravidez que *está-aí* se mostrou lançado no modo de ser da ocupação com os procedimentos e orientações da atenção pré-natal, da ambiguidade e da inautenticidade de aceitar a morte como possibilidade mais própria para si e para seu filho e dominada pelo temor. O temer manifestou-se na modalidade do pavor de que engravidar de novo pode significar estar exposta a perder novamente; do horror de não saber como e quando, a morte do bebê poderá se concretizar, e do terror de compreender que na hora que o filho está nascendo há a possibilidade de subitamente morrer. No cotidiano assistencial fizeram o movimento existencial do *ser-aí-com* a família e os profissionais de saúde. Considerações finais: A abertura dada às mães para falar de seu vivido trouxe à tona a necessidade de repensar a prática assistencial dos membros da equipe de enfermagem e dos profissionais da área da saúde. Projeta-se agregar ao processo de cuidar do *ser-mãe-que-engravidou-depois-óbito-fetal* o movimento existencial do *ser-aí-com-a-mãe*. Assim, será possível contribuir para desenvolver de modo autêntico o cuidar que considera a afetividade, a solidariedade e o respeito à singularidade humana, bem como resgatar o acolhimento e a presença do acompanhante como elementos fundamentais da política de humanização na gestação, parto e nascimento.

Descritores: Enfermagem. Enfermagem obstétrica. Gravidez de Alto Risco. Saúde da mulher. Natimorto.

ABSTRACT

MIRANDA, Carmen Lúcia Moraes **The Feeling Of Being-Mother-That-Got-Pregnant-After-Fetal-Death:** Assistencial Possibilities of and for Nursing. Rio de Janeiro, 2011. Abstract of the doctorate thesis presented to the Programa de Pós-Graduação e Pesquisa, Escola de Enfermagem Anna Nery, bonded to the Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Mulher (NUPESM) of Universidade Federal do Rio de Janeiro. Advisor: Prof. Doc. Ivis Emilia de Oliveira Souza.

The occurrence of fetal death is a disastrous situation in which, according to etiology, may represent a negative prognosis for future reproductive function. Fetal death has a high percentage among women who have their first pregnancy, which leads to a higher possibility of a pregnancy happening again. The inquietude that determined this study emerged from my Master's thesis, in which the experience of mothers that go through a miscarriage revealed a great deal of difficulty in planning a new pregnancy. The assisting and teaching practice as a Nurse at a Nursery Hospital, permitted to attentively observe the manifested preoccupation, fear and sorrow of mothers when pregnant following a miscarriage. The aim of this study is to uncover the meaning of being mother that got pregnant after fetal death and a phenomenological approach was used, based on the theoretical reference of the Philosopher Martin Heidegger. It was conducted at the Nursing Department of a State Public Hospital in the city of Belém – PA in which, after the approval of the Ethics Committee of the Universidade do Estado do Pará, sixteen mothers were interviewed. The starting point was a vague and average understanding, and it constituted of five meaning units, from which the concept of *being-mother-that-got-pregnant-after-fetal-death* emerged. "... she remembers the facts related to the loss of the son, describing the suffering that she has gone through; she felt a great deal of fear and didn't want to get pregnant again, but, after a while, she did get pregnant; she experienced the pregnancy with preoccupation, insecure, apprehensive, and watchfulness, comparing it to the previous loss; she manifested the need of having people with her, to face the pregnancy; to get pregnant was experiencing a challenge difficult to overcome, but it brought joy, with the baby at her side, everything is all right..." Hermeneutics uncovered the meaning of *being-mother-that-got-pregnant-after-fetal-death*, before the fact of pregnancy which *is-there*, it has shown itself to be launched in the mode of being of the occupation with the procedures and orientation of the prenatal attention, of the ambiguity and unauthenticity of accepting death as a possibility, which is closer to herself, and to her child, hence dominated by fear. Fear manifested in the modality of dread that getting pregnant again could mean to be exposed to miscarrying again; the horror of not knowing if, how and when the risk of the baby's death could, again, happen, and the terror of understanding that, at the time of birth, there is the possibility of suddenly dying. In the assistance everyday life, they have made the existential move of the *being-there-with* the family and the health care professionals. Final considerations: The opening that was given to the mothers to talk about their experienced brings to the surface the need to re-think the professional practice of the Nurse team, and all health care professionals, in the sense of establishing a care that is in the mode of *being-with* the mothers. The aim is to add to the process of taking care of the *being-mother-that-got-pregnant-after-fetal-death*. This way it will be possible to contribute and develop the authentic meaning of taking care that considers affectivity, solidarity and respect to the human singularity, as well as rescue the reception and the presence of the accompanying family as fundamental elements of the humanization policy in the pregnancy, delivery and birth processes.

Key Words: Nursing. Obstetrical Nursing. High Risk Pregnancy. Women's Health. Stillbirth.

RESUMEN

MIRANDA, Carmen Lúcia de Moraes **El Sentido de Ser-Madre-Que-Embarazó-Después-De-Fallecimiento-Fetal**: posibilidades de atención médica y de enfermería. Rio de Janeiro, 2011. Resumen de la tesis Doctoral presentada al Programa de Estudios de Post-Graduación y Investigación, Escuela de Enfermería Anna Nery, vinculado al núcleo de Investigación en Enfermería y Salud de la Mujer (NUPESM) de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Orientadora: Profa. Dra. Ivis Emilia De Oliveira Souza.

La ocurrencia del fallecimiento fetal es una situación nefasta que, de acuerdo con la etiología, puede representar un pronóstico negativo a la futura vida reproductiva femenina. El fallecimiento fetal tiene porcentual alto en mujeres que por primera vez embarazan, hecho que conduce a una mayor posibilidad de que el embarazo suceda nuevamente. La inquietud que determinó la investigación emergió de mi disertación de maestría en al cual lo vivido por madres que pasan por una pérdida fetal reveló una gran dificultad en que pensarán en enfrentar nuevo embarazo. La práctica asistencial y de docente como enfermera en maternidad me permitió mirar atentamente para las manifestaciones maternas en el embarazo después del fallecimiento fetal. El objetivo de la investigación fue revelar el sentido del ser madre que vivió un embarazo después del fallecimiento fetal y utilizó el abordaje fenomenológico sustentado en el referencial teórico filosófico de Martin Heidegger. Fue desarrollado en la maternidad de un hospital público del estado de la ciudad de Belén – PA a través de, después de obtener aprobación al proyecto de investigación del Comité de Ética de la Universidad del Estado de Pará, la entrevista a dieciséis madres. A partir de la comprensión vaga y mediana constituyó de cinco unidades de significación, de las cuales emergió como concepto del *ser-madre-que-embarazó-después-de-fallecimiento-fetal*, “... recuerda de los hechos relacionados a la pérdida del hijo describiendo el sufrimiento que pasó; sintió mucho miedo y no quería embarazar, pero después de algún tiempo, embarazó; vivió el embarazo con preocupación, inseguridad, aprehensión y vigilancia comparando con la pérdida anterior; manifestó la necesidad de tener personas a su lado, para enfrentar el embarazo; embarazar fue vivir un desafío, difícil de superar, mas trajo felicidad, con el bebe a su lado, está todo bien...” La hermenéutica reveló que el sentido del *ser-madre-que-embarazó-después-del-fallecimiento-fetal*, ante el hecho del embarazo que *está-ahí* se mostró al lanzar en el modo de ser de la ocupación con los procedimientos y orientaciones para la atención pre-natal, la ambigüedad y la inautenticidad de aceptar la muerte como posibilidad más propia para sí misma y para su hijo, dominada por el temor. El temor se manifestó en la modalidad de pavor de que al embarazar nuevamente, eso pueda significar estar expuesta a nuevamente perder; el horror de no saber si, ni cómo o cuando el riesgo de que el nene se muera, nuevamente, se concrete o no y del terror de comprender que al llegar el momento del nacimiento del hijo, la posibilidad súbita de la ocurrencia de la muerte. En el cotidiano de asistencia hicieron el movimiento existencial de *ser-allí-con* la familia y los profesionales de salud. Consideraciones finales: La abertura dada a las madres para hablar de lo que vivieron trae a la superficie la necesidad de repensar la práctica profesional de los miembros del equipo de enfermería y de los profesionales de salud para establecer un cuidado en el modo de ser-con las madres. Proyectase agregar al proceso de cuidar del *ser-madre-que-embarazó-después-del-fallecimiento-fetal* el movimiento existencial del *ser-ahí-con-la-madre*. Así será posible contribuir para desarrollar de modo auténtico el cuidar que considera la afectividad, la solidaridad y el respeto a la singularidad humana, como también rescatar el acogimiento y la presencia del acompañante como elementos fundamentales de la política de humanización en el embarazo, el parto y el nacimiento.

Descritores: Enfermería. Enfermería Obstétrica. Embarazo de Alto Riesgo. Salud de la Mujer. Mortinato.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABO _ Sistema Sanguíneo

BCF _ Batimento Cardio Fetal

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS _ Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DHEG _ Doença Hipertensiva Específica da Gestação

DO _ Declaração de Óbito

DPP _ Descolamento Prematuro de Placenta

FMUS _ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

GPA – Gesta Para Aborto

IBGE _ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMIP _ Instituto Materno Infantil Prof^o Fernando Figueira

MS – Ministério da Saúde

NV – Nascidos Vivos

NM _ Nascido Morto

OF – Óbito Fetal

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PPGAR – Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco

PPP – Sala de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto

PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil

SENPE – Seminário Nacional de Pesquisas em Enfermagem

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPA – Universidade do Estado do Pará

UTI _ Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE QUADROS

| | |
|----------------|----|
| QUADRO 1 | 60 |
|----------------|----|

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INICIANDO O ESTUDO | 14 |
| 1.1 O encontro com a temática do estudo | 14 |
| 1.2 Questões norteadoras, objeto e objetivo do estudo | 19 |
| 1.3 Relevância e contribuição do estudo | 20 |
| 2 SOLO DE TRADIÇÃO | 24 |
| 2.1 Mortalidade fetal e perinatal: aspectos epidemiológicos que interessam à saúde da mulher | 24 |
| 2.2 Gestação de alto risco: diagnóstico e política assistencial | 29 |
| 2.3 Abordagem psicoemocional da gestação normal: pesar e luto após o óbito fetal | 34 |
| 2.4 Implicações psicológicas diante da gestação após um óbito fetal | 41 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO | 48 |
| 3.1 A fenomenologia | 48 |
| 3.2 Martin Heidegger e o método fenomenológico | 51 |
| 4 O CAMINHAR METODOLÓGICO | 56 |
| 4.1 O cenário | 56 |
| 4.2 As depoentes | 56 |
| 4.3 Captando os significados | 57 |
| 4.4 Historiografia das depoentes, “o quem” | 59 |
| 5 A ANÁLISE NO MÉTODO HEIDEGGERIANO | 63 |
| 5.1 A compreensão vaga e mediana - primeiro momento metódico: significado de mães que engravidaram após óbito fetal | 64 |
| 5.2 As unidades de significação..... | 65 |
| 5.2.1 ... lembrar dos fatos relacionados à perda do filho descrevendo o sofrimento que passou... | 65 |
| 5.2.2 ... sentiu muito medo e não queria engravidar, mas depois de algum tempo, engravidou... | 68 |
| 5.2.3 ... viver a gestação com preocupação, insegurança, apreensão e vigilância comparando com a perda anterior... | 72 |
| 5.2.4... a necessidade de ter pessoas ao seu lado, para enfrentar a gestação... | 78 |
| 5.2.5... viver um desafio, difícil de superar, mas que trouxe felicidade, com o bebê ao seu lado, está tudo bem... | 81 |

| | |
|---|------------|
| 5.2.6 O conceito vivido | 84 |
| 5.3 A análise interpretativa - segundo momento metódico: o sentido de ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal..... | 84 |
| 6 CONSTRUINDO POSSIBILIDADES ASSISTENCIAIS FUNDADAS NA SINGULARIDADE DO MOVIMENTO EXISTENCIAL DO SER-MÃE-QUE-ENGRAVIDOU-APÓS-ÓBITO-FETAL | 98 |
| REFERÊNCIAS | 104 |
| APÊNDICES | 111 |
| Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 112 |
| apêndice 2 – caracterização das depoentes | 113 |
| apêndice 3 – pedido de autorização institucional | 114 |
| apêndice 4 – carta de encaminhamento ao CEP | 115 |
| apêndice 5 – lista com pseudônimos | 116 |
| ANEXOS | 117 |
| anexo 1 – carta de apresentação daufrj/eean ao campo da pesquisa | 118 |
| anexo 2 – carta de aceite da instituição | 119 |
| anexo 3 – parecer do cep | 120 |

1 INICIANDO O ESTUDO

1.1 O encontro com a temática do estudo

Meu encontro com a temática “morte intra-útero”¹ iniciou quando, ainda adolescente, ouvindo minha mãe contar entristecida a história do nascimento de um filho prematuro (natimorto), eu, na época, não compreendia em seu relato o porquê de tamanha consternação por ser ainda uma perda tão precoce.

Acompanhei também toda a trajetória de cinco perdas fetais acontecidas com uma das minhas cunhadas. E constatei admirada sua aparente tranquilidade e conformismo, quando por ocasião da última perda relatava o processo do parto prematuro e do tratamento cirúrgico, ao qual foi submetida, pois, não mais suportando tanto sofrimento, optou por um método radical de não mais engravidar - a salpingectomia.

Não esqueço todas as manifestações de preocupação e medo apresentadas por outra cunhada, em sua segunda gestação, quando lembrava que, na primeira, sofreu distócia de trabalho de parto, fato que culminou com o nascimento de um bebê macrossômico e sem vida. Acompanhei, de modo muito próximo, todo o processo de sofrimento e tristeza de duas colegas, pela morte fetal de seus filhos. Portanto, experienciar o sentimento de dor diante da morte no período gestacional sempre esteve presente em minha vida pessoal e profissional. Assim, enfrentá-lo e compreendê-lo, oferecendo assistência qualificada, continuava sendo extremamente difícil.

Como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), responsável pela disciplina Enfermagem Obstétrica e Neo-Natal, desde 1989 acompanho os estudantes em estágio no hospital maternidade e, de certa forma, ajudo mulheres a vivenciarem momentos importantes de suas vidas, representados pela gestação, parto e puerpério. Na sala de parto, acompanhávamos o desenrolar de todo o processo parturitivo que culminava com o nascimento de um feto morto. Assim, durante anos, convivi com mulheres que vivenciavam a dor e o sofrimento pela morte fetal. Essas mulheres manifestavam uma variedade de sentimentos como: impotência, tristeza, ansiedade, choro, medo, isolamento, frieza, insensibilidade, indiferença e conformismo aparentemente precoce. Envolvida com essa problemática, passei a buscar explicações e justificativas para as reações e comportamentos das mulheres que vivenciavam o parto de um natimorto.

¹ Nesta tese, quando a temática do estudo expressar a concepção do profissional, utiliza-se a palavra “mulher” e “óbito fetal, morte fetal, morte intra-útero”.

Foi essa inquietação pessoal e profissional que me estimulou a desenvolver, no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery no período de 2001 a 2003, uma pesquisa com abordagem fenomenológica utilizando os conceitos de Martin Heidegger, onde procurei compreender e interpretar o significado da morte intra-útero para a mulher.

Após a conclusão do curso de mestrado em 2003, retornei novamente para as minhas atividades docentes de acompanhamento dos alunos no estágio supervisionado em enfermagem obstétrica em uma maternidade de referência de gestação de alto risco, atividade que venho desenvolvendo há vinte e dois anos. Nessa ocasião, fui convidada a fazer parte do quadro de enfermeiros assistenciais da referida maternidade e, até a presente data, sou enfermeira do centro obstétrico e desenvolvo atividades assistenciais no plantão noturno.

No desenvolvimento de minha prática docente e assistencial quase que diariamente tenho a oportunidade de assistir mulheres na triagem de internação, durante o trabalho de parto, no parto, no puerpério e em uma enfermaria que abriga gestantes de alto risco. Nesse cotidiano assistencial, me chamou atenção o fato de gestantes, parturientes e até mesmo puérperas que haviam passado por um evento de morte fetal, manifestarem estado emocional de maior ansiedade, preocupação, medo, tristeza e agitação.

Na ocasião, me reportei aos resultados da minha dissertação, quando no vivido das mães² que passam por um processo de perda fetal foi revelada grande dificuldade das mães pensarem em enfrentar nova gravidez, pois tinham o receio de passar por tudo de novo. Por isso, algumas relataram que não desejavam mais engravidar e, com esse objetivo, até pensavam em adotar métodos radicais como a ligadura tubária. Para outras mães esse receio não afastava a possibilidade de outra gravidez acontecer e ser aceita, porém somente após esquecerem o episódio da perda que sofreram. Outras, independente de todo o sofrimento físico e emocional desejavam logo ter outro filho e até já planejavam uma nova gestação (SILVA, 2003).

Assim sendo, na triagem obstétrica³ observava frequentemente gestantes com passado obstétrico de morte fetal à procura de atendimento. Essas mulheres relatavam várias queixas, porém, a principal era a diminuição ou parada dos movimentos fetais. Durante a consulta recebiam avaliação clínica e obstétrica e principalmente era realizada a ausculta dos

² Nesta tese, quando a temática do estudo expressar a ótica das depoentes, utiliza-se a palavra “mãe” e “perda”. Estes significados foram desvelados no estudo intitulado “Morte intra-útero: A enfermagem compreendendo a vivência de mães”.

³ Triagem Obstétrica: setor considerado porta de entrada da maternidade onde são realizadas consultas para avaliação de gestantes em trabalho de parto ou com intercorrências clínicas ou obstétricas.

batimentos cardio-fetais (BCF), cardiotocografia e, se necessário, ultra-sonografia obstétrica. Após avaliação, na maioria das vezes, se diagnosticava o bem estar fetal. Então, elas retornavam ao lar com expressão clara de alívio, paz e aparente tranquilidade. É importante salientar que esse fato, às vezes, se repetia em outros momentos com a mesma gestante.

Na enfermaria de gestação de alto risco, quando, por intercorrências clínicas ou obstétricas, tornava-se necessária a internação de uma gestante que anteriormente passou por um processo de morte fetal, eu observava, ainda de forma mais acentuada, manifestações de tristeza, preocupação, ansiedade e ao mesmo tempo momentos de confiança e esperança de que tudo ia dar certo.

Na sala de PPP⁴, durante o processo de assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato, novamente percebia manifestações de medo, ansiedade, inquietude, agitação psicomotora, relacionada quase sempre à preocupação com o bem estar fetal. Tal comportamento acabava por incomodar as equipes médica e de enfermagem, pelo fato da parturiente acionar frequentemente os mesmos com queixas diversas, desde diminuição e parada dos movimentos fetais, contrações insuportáveis e até pedidos para realização de um parto cesariano, para evitar a perda do bebê.

Na enfermaria de puerpério, a situação se invertia momentaneamente, pois as mulheres que vivenciaram anteriormente a morte fetal, e agora se encontravam com o filho nos braços, demonstravam satisfação, prazer, alegria. Porém, aquelas que estavam com o filho no berçário ou na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) apresentavam manifestações de preocupação.

A ocorrência da morte fetal é uma situação nefasta para a saúde física e mental da mulher e de sua família representando, de acordo com a etiologia, prognóstico negativo para vida reprodutiva futura. Os dados epidemiológicos segundo Costa (1999), Prete (2001), Nurdan (2003), Oliveira (2010) evidenciam que o óbito fetal incide em percentual elevado entre as primigestas, fato que conduzirá a maior possibilidade da gravidez acontecer novamente. Nesse sentido, prevenir, diagnosticar e tratar os distúrbios do ciclo grávido puerperal, não só de origem biológica como os psicoemocionais, constitui metas assistenciais em saúde.

Com a preocupação em garantir à assistência a saúde da mulher, surgiu no Brasil em 1975 o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI); em 1978 o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) em 1984 o Programa de Assistência Integral a Saúde da

⁴ PPP: Sala individual de assistência às mulheres em trabalho de parto, no parto e duas horas após o pós-parto.

Mulher (PAISM), em 2004 o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que, no capítulo três, trata da saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. E em 2005 o Programa de Humanização da Assistência ao Pré-natal, Parto, Puerpério e Recém-nascido. Todas essas propostas foram elaboradas pelo Ministério da Saúde cujo objetivo principal foi de assegurar a saúde da mulher com atenção especial ao ciclo grávido-puerperal e garantir a saúde do feto e do recém-nascido.

A ocorrência da morte fetal, em uma ou mais gestações, pode estar está associada à presença de fatores de risco para as gestações posteriores. Essa situação de risco coloca essas mulheres em um grupo diferente das outras mulheres grávidas ditas de baixo ou médio risco; passam a serem chamadas “gestantes de alto risco” e constituem um grupo “especial” entre a maioria da população de grávidas. Segundo o MS, “gravidez de alto-risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do recém-nascido, tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2000, p.16). Portanto, o conhecimento do passado obstétrico da gestante significa um fato relevante, que precisa ser considerado tanto no âmbito da assistência ambulatorial quanto hospitalar, no que se refere à qualidade da atenção à mulher no ciclo grávido puerperal.

Dessa forma, para prevenir e reduzir a morbimortalidade materno fetal, toda gestante com passado obstétrico de intercorrências, incluindo as que tiveram gestação interrompida pela morte fetal, por serem consideradas de alto risco, devem ser assistidas no pré-natal e no parto em um centro de referência especializado e por uma equipe multiprofissional. Para Freitas,

as necessidades de saúde do grupo de alto-risco, geralmente, requerem técnicas mais especializadas e, embora alguns casos possam ser solucionados no primeiro nível, outros necessitarão de um nível maior de complexidade em pessoal e equipamentos (FREITAS, 2006, p.23).

Na atual situação de saúde em que se encontra a grande maioria da população brasileira e em decorrência de fatores econômicos, sociais, políticos, demográficos e, até mesmo, culturais, muitas mulheres não têm acesso ao serviço de pré-natal e de parto de qualidade como lhes é de direito. Araujo *et al* (2000), reflete que, dos casos de óbitos fetais e perinatais estudados, havia a presença de patologias que poderiam ser evitadas, ou terem seus efeitos minimizados através de pré-natal de qualidade e adequado acompanhamento durante o parto.

Segundo Gobbi (2002), a busca de atendimento pelos serviços de saúde revelou-se tortuosa, cabendo à mulher vivenciar um longo e árduo percurso em busca dos serviços especializados. Constatou a não observância das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, que são “dar atendimento às gestantes com problemas ou com morbidade, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado” (BRASIL, 2006, p.11). Portanto, a prevenção e a redução do óbito fetal e perinatal dependem do reconhecimento precoce dos riscos da gravidez e do parto, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção e, principalmente, de atenção e cuidado humanizado.

Quando, no ciclo de gestação, parto e puerpério, a mulher experimenta rupturas e perdas, principalmente quando essa perda está relacionada à morte intra-útero⁵, fica evidente que ela vai passar por um período de crise emocional significativa, pois a vivência da perda é um processo a ser, principalmente, sentido e vivido por ela que esteve grávida. Trata-se de um período de difícil elaboração e superação no qual a grávida necessitará de suporte e de ajuda profissional e familiar.

Barreto (2004) afirma que os programas governamentais e as políticas voltadas para a saúde da mulher, por se afastarem da perspectiva da saúde integral, marcadas pelas práticas que desconsideram as reais necessidades das mulheres, seus direitos sexuais e reprodutivos, seu empoderamento e a perspectiva de gênero, ainda não conseguiram abandonar o enfoque biologicista e medicalizador da assistência.

Costa (2006) reforça esse pensar quando relata que os profissionais não são capazes de efetuar a integração das experiências com o óbito fetal e perinatal de forma a facilitar a diminuição da ansiedade com a atual gravidez e seus riscos. Novamente, depara-se com a necessidade de se repensar a assistência em saúde de forma holística que visualize a mulher na situação específica da gravidez de risco, óbito perinatal e fetal e gravidez subsequente à mesma.

Assim, mesmo com o incentivo do MS para os programas de atenção à saúde da mulher e, principalmente, à humanização da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, as alterações físicas e psicológicas continuam envolvendo essas mulheres, e ocasionando repercussões negativas em todo o seu ciclo de vida. Por isso, Santos (2000) comenta que se

⁵ Óbito fetal/morte fetal/ morte intra-útero/ óbito intra-útero/ feto morto retido são termos que neste estudo se referem à morte do produto da concepção ainda na cavidade uterina no período que vai do diagnóstico de gravidez até o nascimento.

faz necessária uma mudança de paradigma nessa missão de atender pessoas, sendo necessário humanizar o atendimento nos serviços de saúde.

Corroborando, Silva (2003), sobre o processo rotineiro de assistência, que valoriza a patologia e as técnicas de cuidar, concluiu que:

No dia-a-dia da assistência as mães com filho morto intra-útero são submetidas às rotinas padronizadas para todas. Rotinas centradas no fazer técnico que valoriza a patologia, o quadro clínico, o tratamento e desvaloriza as mães como pré-sença, poder-ser, ou seja, é assumida uma postura tradicional de assistir no modo indiferente, inautêntico e impessoal como se assiste a todas, retirando-lhes a singularidade. (SILVA, 2003, p. 104)

Dessa forma, evidencia-se ser fundamental a participação efetiva dos profissionais de saúde nesse assistir. Entretanto, parece que alguns mantêm, ainda, um olhar apenas no plano biológico de valorização da gestação e de patologias que possam vir a ocorrer, em detrimento das condições psicoemocionais e existenciais da mulher. Muitas ainda são vistas como mais uma gravidez a ser atendida e controlada. Parece que os profissionais de saúde, no cotidiano assistencial de rotinas obstétricas que acompanham, sequencialmente, o gestar, parir e nascer, nem sempre percebem o modo singular como a morte fetal foi sentida pela mulher, bem como o modo singular de vivenciar uma nova gestação.

Entende-se que o movimento existencial da mulher que passou por um processo de morte fetal, e que depois engravidou, ainda é pouco conhecido e pouco considerado tanto na perspectiva da assistência integral, quanto na humanização da atenção em saúde. Assim sendo, acredito que, no processo de assistência ambulatorial e/ou hospitalar, essas mulheres são tratadas como todas que fazem o pré-natal ou que vão parir, ou seja, a mulher recebe atenção e cuidados no modo impessoal comum a todas, sem preocupação com o seu modo próprio de ser e de vivenciar o fenômeno “a nova gestação”. Portanto, são essas as inquietações que me sensibilizam e me reportam a um estudo “dos significados das mães de vivenciar uma gestação após a um óbito fetal”. Entendendo que a realização de uma investigação na ótica compreensiva poderá interpretar esse vivido. Por isso, me proponho a desenvolver um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica na busca de desvelar o significado da vivência de gestar novamente após o episódio de um óbito fetal.

1.2 Questões norteadoras, objeto e objetivo do estudo

Baseada nessa inquietação e nas reflexões aqui apresentadas questiono: **Como as mães vivenciam uma nova gestação, após um óbito fetal? Como significam o vivido dessa gestação?** Penso que o movimento existencial de mulheres, que passaram por esse insucesso gestacional e que novamente gestaram, está velado, mas pode se tornar compreendido (desvelado), através de uma investigação que valorize o vivido dessas mães. Nesse sentido, esta proposta tem como **objeto** de estudo: **Significados de mães que vivenciaram uma gestação após óbito fetal.**

Neste estudo, me proponho a desenvolver uma pesquisa com abordagem fenomenológica, visto que a mesma estuda o ser humano nos aspectos fundantes de sua existência, valorizando o mundo da experiência, da vivência e do vivido através dos seus significados. Penso que, com um estudo compreensivo desse existir, poder-se-á atender o **objetivo de desvelar o sentido do ser mãe que vivenciou uma gestação após óbito fetal.**

1.3 Relevância e contribuição do estudo

O óbito fetal tem sido estudado, sob vários aspectos e por diferentes óticas profissionais, desde questões clínico-terapêuticas, até abordagens psicoemocionais e fenomenológicas do vivenciar materno. Porém, a mulher que passou por um processo de perda fetal e engravidou novamente merece ser ouvida atentivamente pelos profissionais. Tem sido temática de pouco interesse de estudiosos compreender como essa fase reprodutiva da mulher está sendo vivenciada, por isso reveste-se de importância este estudo que pretende ser realizado a partir das falas dessas mulheres e seus significados, no intuito de compreender essa vivência e tornar sua assistência verdadeiramente holística.

Em um levantamento da literatura⁶ enfocando o tema “gestação de alto risco” e “óbito fetal”, identificou-se a produção de muitos estudos na abordagem qualitativa voltados, principalmente, para a gestação de alto risco nos aspectos relacionados às gestantes com diabetes, hipertensão, infecção pelo HIV, malformação fetal e óbito fetal. Alguns abordam a gestação de alto risco na visão do enfermeiro e o processo educativo da assistência. Muitos outros dão ênfase à depressão pós-parto abrangendo puérperas, primigestas e adolescentes, fatores de risco para a depressão, impacto da psicoterapia e os fatores sociais envolvidos.

⁶ Banco de Teses do Portal Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), nas bases da Literatura Latino-Americana e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Sobre o óbito fetal encontrei estudos realizados por: Rouquayrol (1996), Garcia (1998), Noronha (2000), Prete (2001), De Lorenzi (2001), Schupp (2002), Lansky (2002), Nurdan (2003), Vardanega (2008), Andrade (2009) e Oliveira (2010) que, no enfoque quantitativo analisavam a incidência, causas, diagnóstico, complicações maternas, estudos epidemiológicos, fatores de risco, revisão bibliográfica, condutas na resolução do parto. Na abordagem qualitativa alguns autores como Tony (2001), Silva (2003), Santos (2000 -2004), Ampesi *et al* (2007), Carvalho e Meyer (2007), Valente e Lopes (2008), Couto *et al* (2009) e ainda Duarte e Turato (2009) focalizaram os aspectos psicoemocionais dessa vivência. Porém, quanto ao interesse pela singularidade do vivenciar a gestação posterior a uma perda fetal a partir do olhar de quem vivenciou o problema, poucos estudos foram publicados conforme reflexão e revisão histórica abaixo.

Dentre os estudos primeiramente publicados, relacionados com a morte fetal e perinatal e a gestação subsequente, estão o de Bourne e Lewis (1984) que analisaram os riscos psicológicos ligados a distúrbios mentais maternos observados na interação com o bebê nascido vivo. Zax (1977) e Theut (1989), a ansiedade e a depressão após perda perinatal. Theut (1990) relatou que “existe certa limitação no âmbito da pesquisa perinatal e em especial a situação do óbito fetal, por isso, ainda existe pouco conhecimento a respeito de seus efeitos sobre os pais”. Janssen (1996) investigou o impedimento da elaboração emocional da perda perinatal, nas gestações que acontecem no primeiro ano após a perda, o fracasso a culpa e os distúrbios de vínculo com o bebê e as alterações na identificação com o papel maternal.

Silva (2003) constatou que a mulher que vivencia um processo de morte fetal passa por momentos de grande sofrimento físico e emocional, que manifestaram a possibilidade de nunca mais engravidar. Costa (2008) investigou a compreensão do estado de humor materno a partir do conhecimento sobre a influência que a situação de óbito fetal e perinatal possui nas gestações subsequentes. Duarte e Turato (2009) relatam a necessidade de apoio profissional e pré-natal específico para mulheres que vivenciaram perda gestacional anterior.

Diante de tais características de produção, verifico que há carência de estudos em um enfoque que valorize e visualize o “eu” do sujeito, ou seja, quem vivencia o fenômeno. Assim sendo, penso que a mulher que se projeta na perspectiva de enfrentar uma nova gestação com a possibilidade de reviver mais uma vez essa experiência é que precisa ser ouvida e entendida, pois existe aí um fenômeno, um sentido, um mostrar-se em si mesmo velado, do qual temos pouco conhecimento e compreensão.

No cotidiano pessoal e profissional encontro mulheres que passaram por um processo de óbito fetal, mas que, posteriormente, gestaram e pariram; algumas com uma evolução do ciclo grávido-puerperal sem problemas aparentes, outras, porém, com graves alterações físico-emocionais. Nesse sentido, é importante e necessário ouvir essas mulheres para que elas tenham a possibilidade de exteriorizar seus sentimentos de como foi esse vivido e a partir da compreensão que objetiva este estudo, discutir estratégias e condições para um cuidado integralizado a essas mulheres. Este estudo é relevante e se propõe, através de um olhar diferenciado que é o da abordagem fenomenológica, a ouvir a mulher que vivencia uma nova gestação após um evento de morte fetal e assim contribuir para o avanço da compreensão dos sentimentos, dos comportamentos e das significações dessas mulheres.

Segundo Noronha *et al* (2000), Schupp *et al* (2000), Nurdan *et al* (2003), IBGE (2007), Andrade *et al* (2009) e Oliveira (2010), os dados sobre a incidência do óbito fetal sugerem um crescente aumento de casos não só na região Norte e Nordeste, mais em todo o Brasil. Em prol disso, a realização deste estudo reveste-se de fundamental importância para as instituições assistenciais e especialmente para a instituição cenário da pesquisa, que por ser um Hospital de Referência para o atendimento da gestação e parto de alto risco terá maior possibilidade de atender essas mulheres em sua reinternação, em um novo processo gestacional pois, valendo-se da finalização deste estudo, ao compreender o cotidiano vivencial dessas mulheres poder-se-á proporcionar uma assistência de saúde que valorize a vivencia e o vivido dessas mães.

A realização desta pesquisa poderá estimular uma reconstrução do saber e da prática profissional e acadêmica e, com base nesse conhecimento, sensibilizar a equipe de saúde na forma de melhor assistir mulheres engajadas nos programas governamentais de assistência materna e fetal. Isso pode tornar-se concreto na forma de palestras, seminários, rodas de conversas, encontros locais, regionais, estaduais e publicações científicas. Mediante essa compreensão poder-se-á sensibilizar os gestores da instituição envolvida, assim como de outras, no sentido de desenvolver uma adequação da assistência a essas mães, que melhore o diálogo e o ambiente psicossocial construindo um cuidar ético e humanizado tanto no âmbito ambulatorial quanto hospitalar e em todos os níveis de atenção à saúde da mulher no ciclo grávido-puerperal.

Espera-se que a formação acadêmica da graduação e da pós-graduação, tanto na enfermagem, quanto nas outras áreas do conhecimento se sensibilize e valorize essa problemática, no sentido de propiciar um cuidado diferenciado no modo de ser-com as mães.

A pesquisa e a extensão poderão usufruir também desta abordagem de estudo, o da compreensão e estimular o desenvolvimento de projetos na área de saúde da mulher. Contribuirá com o Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Mulher (NUPESM) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade do estado do Pará, por ampliar não só o leque de temáticas discutidas nos Departamentos de ambas as Universidades como também o seu acervo bibliográfico.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

Buscou-se, neste capítulo, revisar o factual, o já conhecido, ou seja, o conhecimento acadêmico e público, previamente definido, classificado, construído e instituído pelo saber científico que nesta abordagem de pesquisa costumamos chamar de solo de tradição, com o objetivo de mostrar o contexto obstétrico que envolve a problemática do estudo e refletir sobre a assistência de saúde que está sendo dispensada a essas mulheres. A temática será abordada em quatro subitens.

1. Mortalidade fetal e perinatal: aspectos epidemiológicos que interessam à saúde da mulher;
2. Gestação de alto risco: diagnóstico e política assistencial;
3. Abordagem psicoemocional da gestação normal: pesar e luto após óbito fetal;
4. Implicações psicológicas diante da gestação após um óbito fetal.

2.1- Mortalidade fetal e perinatal: aspectos epidemiológicos que interessam à saúde da mulher

Revisar a literatura científica existente sobre alguns aspectos do perfil epidemiológico do óbito fetal pelos serviços de saúde se torna relevante por oportunizar a análise e reflexão da influência desses fatores face à ocorrência de uma próxima gestação.

A Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) define ‘óbito fetal’ como a morte de um conceito antes de sua expulsão do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência de qualquer evidência relacionada à respiração, ao batimento cardíaco, à pulsação do cordão umbilical ou movimento definido da musculatura voluntária.

Considera-se, conforme Rezende (2007), óbito intra-útero a morte do produto conceptual antes da expulsão ou extração completa do organismo materno, independentemente da idade gestacional, ou seja, é a terminologia utilizada para os casos em que o decesso fetal acontece ainda no interior da cavidade uterina; o óbito fetal quanto à época de ocorrência apresenta-se dividido em precoce (quando acontece desde a concepção até a 20ª ou 22ª semana de gestação e o feto pesa aproximadamente 500g.), intermediário (quando ocorre entre a 20ª ou 22ª e a 28ª semana de gestação e o feto já pesa entre 500g e

1.000g) e óbito fetal tardio (quando acontece após 28ª semanas e o peso fetal acima de (1.000g).

Segundo Rouquayrol *et al* (1996), apesar da mortalidade fetal ser influenciada pelas mesmas circunstâncias e a mesma etiologia que a mortalidade neonatal precoce, pouca atenção tem sido dada às mortes que ocorrem antes do nascimento. Por isso, segundo o autor, o óbito fetal intermediário e tardio vem sendo estudado conjuntamente com a denominação de morte perinatal.

O período perinatal foi inicialmente definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na oitava revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8) em 1967, como aquele compreendido entre a 28ª semana de gestação ou crianças com peso acima de 1.000g e o sétimo dia de vida. Com a CID-10, editada em 1993 e adotada no Brasil em 1996, esse período ampliou-se para considerar os nascimentos a partir da 22ª semana de gestação relacionado às crianças com peso acima de 500g.

Cartlidge (2000) defende a inclusão das mortes neonatais tardias (até o 28º dia de vida) nas taxas de mortalidade perinatal, pois com a tecnologia atualmente disponível, a sobrevivência de recém-nascidos é muitas vezes prolongada e a morte pode ocorrer somente após o sétimo dia de vida, mas por causas originadas no período perinatal. A mortalidade perinatal é considerada, atualmente, um dos indicadores mais importantes para avaliação das condições de saúde de uma população, “visto que seu estudo revela informações valiosas acerca da qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal” (VARDANEGA *et al*, 2002, p. 2).

Garcia-Marcos *et al* (1998), num estudo desenvolvido na Espanha, apontam a insuficiência de informação sobre as causas de óbito perinatal, detectada por um elevado número de causas mal definidas, além de outras pouco esclarecedoras das circunstâncias dos óbitos como; “complicações da placenta, cordão umbilical e membranas”, “hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascimento” e “prematuridade”. Portanto, o problema da baixa qualidade dos registros em prontuários hospitalares ou a escassez desses dados é frequente não somente no Brasil mas em diversos países do mundo.

No Brasil, prevalecem como causas de mortalidade perinatal segundo Kahale (2000) e De Lorenzi *et al* (2001), a asfixia intra-uterina e intraparto, o baixo peso ao nascer, as afecções respiratórias do recém-nascido, as infecções e a prematuridade. Diferentemente, nos países desenvolvidos, é a prematuridade extrema e as malformações congênitas que respondem pelas principais causas de óbito perinatal. Prete (2001) identificou em seu estudo

sobre as principais causas do óbito fetal as doenças hipertensivas específicas da gestação bem como um grande número de causas indeterminadas. Para Nurdan (2003), as causas mais frequentes encontradas foram: descolamento prematuro de placenta, (DPP), síndrome hipertensiva específica da gravidez, (DHEG), anomalia fetal e outras de etiologia desconhecida.

Segundo Camargo (2008), no Estado de São Paulo, em 2006, 93,3% dos óbitos fetais ocorreram devido a problemas perinatais e 6,6% por malformações congênitas, havendo ainda três casos de neoplasias, o estudo não descreve o total de casos pesquisados. Andrade *et al* (2009), analisando os registros da declaração de óbito, identificam que as causas diretas da mortalidade fetal ocorreram por causas indeterminadas e causas maternas e placentária. Dentre elas, são destacadas as síndromes hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as malformações fetais, as infecções e as causas feto-anexiais (sofrimento fetal). Oliveira (2010), analisando os prontuários dos casos de óbito fetal em uma maternidade pública de grande porte, no período de Janeiro a Dezembro de 2009, de 5.303 nascidos vivos encontrou 88% dos casos de óbito fetal sem esclarecimentos da causa morte. Das causas explicáveis as mais frequentes foram anóxia fetal (4,6%) e DPP com (3,4%).

Assim sendo, o óbito fetal pode ser ocasionado por uma, ou mesmo por varias causas associadas, sejam de origem fetal ou materna e em inúmeros casos não se chega a um diagnóstico definitivo de sua etiologia. Porém, sabe-se que a persistência de fatores de risco associado à falta de tratamento e acompanhamento pode levar à recorrência do óbito fetal em uma próxima gestação, daí a necessidade de realização do pré-natal com assistência de qualidade por equipe multiprofissional em serviço de referência ambulatorial especializado e com tecnologia diagnóstica avançada. Essa mesma atenção também deve ser dispensada à assistência hospitalar.

É relevante e necessária uma sensibilização quanto à realização de estudos em uma abordagem que visualize a ocorrência do óbito fetal e perinatal no Brasil, tanto no enfoque biologicista quanto no enfoque psicoemocional. Entretanto, segundo Lansky *et al* (2002), poucos estudos têm sido realizados, nessa área, no país e isso tem sido atribuído à complexidade do período perinatal e à baixa qualidade da informação sobre óbito perinatal. Comenta também que não se conhece, no Brasil, a magnitude da subnotificação de óbitos fetais e neonatais precoces, mas sabe-se que a obtenção das informações, tanto sobre os óbitos, quanto sobre os nascimentos é ainda um problema, já que a cobertura das estatísticas vitais é incompleta no país.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Cartório de Registro Civil, o número de óbitos fetais registrados no Brasil em 2007 foi de 24.762 casos. Segundo o lugar de residência da mãe, na região Norte o total foi de 2.007 casos, no Pará 822 casos, na região metropolitana 287 Belém, 248 casos.

Já foi amplamente demonstrado por Kahale (2000), Niobey (2000), De Lorenzi (2001), Camargo (2008), e Andrade *et al* (2009) Oliveira (2010) a baixa confiabilidade dos dados da Declaração de Óbito (DO) para o período fetal e infantil, principalmente no que se refere a informações sobre peso, idade gestacional e causas, sendo essa a realidade da mesma forma em outros países além do Brasil.

Para se constatar e avaliar a dimensão da ocorrência de óbito fetal e neonatal, destacamos os estudos de Noronha *et al* (2000), que fizeram um levantamento no serviço de anatomia patológica do Hospital de Clínicas de Curitiba no período de 1960 a 1995 e encontraram 3094 casos consecutivos de necropsia em natimortos (NM) e neomortos (óbito neonatal). Entretanto, esse estudo não detalha os percentuais de ocorrência face aos nascidos vivos de modo a melhor evidenciar a importância desses fatos.

Em estudo realizado no Hospital de Clínicas da FMUSP, Schupp *et al* (2000), observaram a incidência de 4,5% no período de 1993 a 1998, completa ainda que a incidência é muito variável nos diversos serviços universitários, oscilando entre 0,2% a 4,5%. O Ministério da Saúde, por meio do meio de informações presentes no DATASUS, revela que óbitos por ocorrência por Município, no período de 2007 em Belém, perfizeram um total de 483, sendo que, no Estado do Pará, houve 1.750 casos de óbito fetal registrados. Pode-se comparar esses números com o ano anterior que apresentou 505 e 1.854 registros, respectivamente.

Nurdan *et al* (2003), em estudo realizado sobre óbito fetal em microrregião de Minas Gerais, apontam que, entre 11.825 gestantes que pariram, no período de 1º de Janeiro de 1995 a 30 de Abril de 2000, houve 190 casos de óbito fetal. Segundo Lawn J, Shibuya K e Stein C., apud Andrade *et al* (2009), no boletim sobre óbitos fetais intraparto e mortes neonatais relacionadas com o parto publicado em 2005, a OMS mostrou resultados de sua pesquisa desenvolvida em 52 países, com um total de 46.779 nascidos mortos. Parece significativa a proporção entre a menor taxa de óbitos fetais intraparto (0,33/1.000 nascidos vivos) e a maior (17,4/1.000 nascidos vivos). Em estudo realizado no Instituto de medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em Recife, no período de 1º de Junho de 2004 a 31 de março de 2005, Andrade *et al* (2009) encontraram uma taxa de mortalidade fetal que correspondeu a

24,4% por 1.000 nascimentos. Oliveira (2010) menciona 365 casos de óbito fetal no ano de 2009, porém não informa os percentuais de ocorrência dos nascidos vivos.

O sub-registro da ocorrência de óbito fetal, assim como a qualidade das informações fornecidas nas declarações de óbito fetal, são particularmente carente de precisão que possa dimensionar a real amplitude do acontecimento. Segundo o MS (1998), estima-se um superdimensionamento de óbitos fetais, dado que não é raro o registro de nascidos vivos como natimortos no Brasil. Esse conhecimento reveste-se de importância, haja vista a necessidade de orientar as intervenções, a prevenção e a redução dos casos considerados evitáveis. A qualidade das estimativas pode auxiliar também na avaliação dos serviços de saúde como uma medida de adequação da assistência obstétrica e neonatal.

Outro fator epidemiológico relevante para a reflexão está relacionado ao número de gestações da mulher (paridade) e ao impacto emocional que o óbito fetal pode causar na possibilidade da ocorrência de gestações futuras, em consonância com esta avaliação e em estudo temporalmente anterior. Prete (2001) verificou que, no total de 97 casos de óbito fetal estudados, (36,6 %) estavam relacionados a mulheres primigestas. Segundo Nurdan *et al* (2003), no que diz respeito ao número de gestações das pacientes com morte fetal, houve predomínio do evento em primigestas (40,74%), seguido das grávidas com duas a cinco gestações (40,21%). Segundo Andrade *et al* (2009), foi possível notar uma associação significativa entre óbito fetal e número de gestações, verificando-se uma chance 1,8% vezes maior de os natimortos serem filhos de mulheres com quatro ou mais gestações. Oliveira (2010), sobre os dados relacionados à paridade, relata uma prevalência significativa de natimortos em nulíparas (127 casos ou 38,7%) de 328 prontuários analisados.

Baseando-se nos estudos acima referenciados, e considerando as deficiências nos registros, têm-se um quadro sugestivo de maior incidência de óbito fetal entre as primigestas. Assim sendo, acredita-se que a mulher que na sua primeira paridade tenha passado por um processo parturitivo cujo desfecho culminou com o nascimento de um filho morto, apresentará maior possibilidade de engravidar novamente por não ter nenhum filho vivo.

Portanto, foi pensando na proporção numérica de mulheres que já vivenciaram e continuam vivenciando esse processo de perda fetal, que importa refletir sobre a vida reprodutiva e as repercussões físicas e, principalmente, psicoemocionais que as envolve, bem como toda à sua família, no vivenciar de uma nova gestação, visto que a maternidade para um grande percentual de mulheres é fator de extrema significância.

Em estudo realizado por Gobbi (2002) sobre a representação social de mulheres que vivenciaram aborto recorrente, a maternidade significa, para a mulher a realização plena, um desejo acalentado de transição para a maturidade, para a plena assunção das responsabilidades que advêm da vida conjugal, cujo objetivo é “família”. Os sentimentos são agravados pela pressão do grupo social em que a maternidade aparece como um valor, como parte da função social da mulher.

Segundo a literatura referenciada, as mulheres têm grandes possibilidades de desenvolver reações patológicas do luto, principalmente aquelas que engravidam precocemente. Por esse motivo, faz-se relevante estudar como será o desenvolvimento de um novo processo gestacional, visto que essas mulheres se encontram em plena possibilidade de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos.

2.2 – Gestação de alto risco: diagnóstico e política assistencial

A gravidez é um evento social que integra a vida reprodutiva de homens e de mulheres. É um processo singular na vida da mulher e de seu parceiro que se estende à família e à comunidade. Segundo BRASIL (2001; p.9), “a gestação constitui uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam”.

Por outro lado, para Viegas e Moraes (1996), a gestação constitui um desafio adaptativo social e psicológico e, mesmo quando é normal, consideram como uma crise psicobiológica. Descrevem que a palavra ‘crise’ “é usada para designar um momento crucial, decisivo e necessário, no qual um processo em desenvolvimento tem que se definir por um entre vários caminhos que se delineiam”. Segundo Knuppel e Drukker (1996), “a gestação de alto risco representa problemas sociais e psicológicos, ainda maiores, tanto para as pacientes e suas famílias quanto para os profissionais de saúde”.

Para Peixoto (2004), o termo ‘risco’ implica a possibilidade de desvio na evolução normal em todo o envolver da gestação. E diante de situações em que o risco envolve mãe e conceito, isolada ou associadamente, caracteriza o que se convencionou chamar de ‘gestação de alto risco’. A política assistencial no processo saúde-doença estabelece a necessidade de cuidados diferenciados entre gestação de baixo e de alto risco. Daí a importância de se identificar precocemente os fatores de alto ou baixo risco e dispor cuidados específicos de maneira particularizada. Segundo BRASIL (2006), precisa-se avaliar de forma coerente todos

os fatores considerados de risco para o desenvolvimento da gravidez atual, incluindo as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, a história reprodutiva anterior e as intercorrências clínicas crônicas.

No passado, os fatores de risco eram avaliados apenas do ponto de vista médico. Assim, apenas as condições médicas, obstétricas ou fisiológicas adversas eram consideradas risco para a gestante. Hoje, se usa uma abordagem mais abrangente em que os fatores associados à gestação de risco estão agrupados em categorias, baseadas nas ameaças ao resultado da saúde e da gestação. Incluem-se nessas categorias os acervos biofísicos, psicossociais, sociodemográficos e ambientais.

Como afirma Lowdermilk (2002), os riscos biofísicos abrangem os que se originam na mãe e no feto e consideram o desenvolvimento ou o funcionamento de um ou ambos. São relacionados à gestação múltipla, gravidez prolongada, toxemias, hipertensão arterial, diabetes gestacional, ameaça de parto prematuro, antecedente de óbito fetal e aborto habitual, polidrâmnio ou oligoâmnio, incompatibilidade ABO, anomalia congênita, anomalias cromossômicas e macrossomia fetal, dentre outros. Os riscos psicossociais compreendem o comportamento materno e os estilos de vida adversos que exercem um efeito negativo sobre a saúde da mãe ou do feto como tabagismo, estado psicológico afetado, etilismo e uso de outras drogas, incluindo o uso excessivo de cafeína.

Os riscos sociodemográficos surgem da mãe e da sua família e podem colocar em risco a mãe e/ou o feto. Esses fatores, na mulher grávida, estão discriminados como baixo peso, altura materna, idade, paridade, estado conjugal, falta de cuidado pré-natal, automedicação, baixa escolaridade, baixa renda, residência e etnia. Além disso, os riscos ambientais englobam os perigos no local de trabalho e no ambiente geral da mulher, promovendo infecções e intoxicações decorrentes da proximidade com radiação, produtos químicos, drogas terapêuticas, poluentes industriais, bem como estresse e alimentação insuficiente ou inadequada (LOWDERMILK, 2002).

Em razão disso, torna-se evidente o atendimento prioritário a essa clientela, com uma avaliação adequada e detecção precoce desses fatores. Bem como a implementação de cuidados especializados e diferenciados que, conforme as necessidades, sejam até intensivos com o objetivo de diminuir, significativamente, o índice de ocorrências agravantes no ciclo grávido-puerperal e, conseqüentemente reduzirem-se os índices de morbimortalidade materna e perinatal (*op. cit.*).

Devido às peculiaridades desse grupo, a assistência pré-natal constitui uma das atividades básicas e prioritárias do PAISM. Deste modo, o atendimento pré-natal deve ser estendido a todos os aspectos que envolvem a gestação, quais sejam: biológico, socioeconômico, cultural, emocional, afetivo e até existencial. Assim sendo, os profissionais de saúde envolvidos com a assistência, seja ambulatorial ou hospitalar, devem estar sensibilizados para essas prioridades, a fim de intervirem com ações que propiciem o equilíbrio nesse processo, contribuindo, assim, na resolutividade de situações de agravos que possam vir a prejudicar o desenvolvimento desse ciclo e, conseqüentemente a saúde da mulher e de seu(s) conceito(s), por extensão.

Nesse sentido, o programa de humanização no pré-natal e nascimento, estabeleceu os princípios da atenção que devem ser prestados e exorta estados, municípios e serviços de saúde, a cumprirem seu papel propiciando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar: dar a luz recebendo assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2001, 2006).

Dentre os dez princípios fundamentais da atenção perinatal assinalados pela OMS, o sexto esclarece que o cuidado na gestação e no parto normal deve ser “integral e levar em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e família, e não somente um cuidado biológico” (BRASIL, 2006; p. 13-14)

Corroborando, Knuppel e Drukker (1996, p.207) relatam que as gestantes devem ser atendidas por uma equipe de profissionais especializados em gestação de alto risco constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas, entre outros. Brasil (2006) acrescenta ainda os técnicos de enfermagem, os agentes comunitários de saúde, os educadores, as parteiras e os cientistas sociais como parte desse grupo.

O Ministério da Saúde, afirma que:

Na gravidez de alto-risco a adequação emocional são maiores, a começar pelo rótulo que se lhes dá, “de alto-risco”, portanto “diferentes” das “normais”. Soma-se a isto, o próprio fator de risco como componente estressante (...). A hospitalização, tão comum, quanto por vezes necessária no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como outro fator estressante adicional. Conscientiza-se a grávida de sua doença; é afastada do suporte familiar; vive em conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia (perda do controle sobre si mesma e sobre a gravidez) (BRASIL, 2000, p.16).

Portanto, as alterações emocionais consideradas normais ao processo gestacional se intensificam na mulher com diagnóstico de gestação de alto risco. Esse fato ocorre como resposta à sua vulnerabilidade clínica e obstétrica, diante dos fatores de risco. A mulher precisa lidar com os temores reais, pela sua própria segurança e de seu filho.

Como as experiências de gestação não incluem as complicações, a paciente se confunde com o que pode estar ocorrendo com o seu corpo, tem medo de ter um filho anormal e sente que está perdendo o controle sobre a gestação, pois suas escolhas em relação a ela ficam limitadas pelas complicações. Também são evidentes as atitudes negativas em relação à gestação, as quais podem levar ao aumento da ansiedade contribuindo para os problemas do parto e, posteriormente para o relacionamento mãe e filho. (KNUPPEL; DRUKKER, 1996, p. 203).

O acompanhamento da gravidez de alto risco envolve muitos procedimentos diagnósticos com o qual as pacientes não estão familiarizadas. O enfermeiro deve orientar e apoiar a mulher que estiver sendo submetida a exames laboratoriais de rotina e específicos, tais como ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, amniocentese entre outros. Afirma Lowdemilk (2002) que, em muitos ambientes ante-parto, os enfermeiros realizam os testes de ausência de estresse, do estresse das contrações e de perfil biofísico fetal, conduzem a avaliação inicial e começam as intervenções necessárias no caso de padrões preocupantes. Esses procedimentos de enfermagem são realizados após orientação e treinamentos especiais e em colaboração com a equipe.

O enfermeiro, como membro da equipe de assistência hospitalar, é o profissional que permanece mais tempo junto dessas mulheres. Portanto, deve ter habilidades tanto com o manejo da cliente (ambulatorio) ou paciente (hospitalar) no que tange aos aspectos psicoemocionais, quanto com os procedimentos técnicos específicos direcionados ao vivido da gestação de alto risco para que, desta forma, possa atender às estratégias de promoção e recuperação da saúde dessa clientela.

Observando-se o cotidiano assistencial, percebe-se que a realização dos procedimentos terapêuticos necessários para o acompanhamento da gestação de alto risco muitas vezes provoca desconforto, tais como: monitorização fetal (cardiotocografia) prolongada e repetidas vezes durante o dia; processos dolorosos repetidos da glicemia capilar, da amniocentese, das venóclises repetidas e permanentes que prendem a paciente ao leito e diminuem sua mobilização para as atividades de cuidado pessoal e lazer; visita clínica frequente tanto profissional quanto acadêmica; atraso no horário das refeições, entre outros. A gestante considerada de alto risco por si só já se encontra predisposição a alterações emocionais, assim sendo, a equipe assistencial precisa repensar suas práticas com o intuito de preservar um ambiente biopsicossocial condizente com suas necessidades.

A hospitalização pode ser um dos principais aspectos da assistência obstétrica de alto risco que causa mais desconforto para as gestantes e família, já que esse procedimento vai

contra a tendência cultural de que a gestação é um processo fisiológico, principalmente para aquelas com determinada categoria de risco, como no caso de diabéticas ou com ameaça de trabalho de parto prematuro que se sentem bem, mas que precisam ser hospitalizadas para monitorar o bebê e controlar a glicemia sanguínea ou ficarem confinadas ao repouso no leito. Estas mais que as outras oferecem certa resistência em aceitar a hospitalização. Assim sendo, afirmam Knuppel e Drukker, (1996, p. 208): “as pacientes que se sentem saudáveis geralmente apresentam problemas de adaptação à hospitalização, principalmente devido ao tédio, inquietação e irritabilidade provocada pela obediência às regras e regulamentos do hospital”.

Sobre a longa hospitalização de gestantes, Knuppel e Drukker (1996, p.576) descrevem que:

Estas mulheres preocupavam-se principalmente com o bebê que estavam gerando, e só em segundo lugar com suas próprias condições clínicas. Ela relatou a grande solidão dessas mulheres, seus temores a respeito do bebê e suas reações à separação do lar e da família. Acentuou a necessidade da não limitação das visitas pelo marido ou parceiro, filhos e pais. Em algumas ocasiões, as gestantes mencionam como todos parecem interessados na gestação de alto risco, mas não nelas como pessoas e ou no bebê como indivíduo. Ressalta o plano de tratamento individualizado.

A ocorrência de complicações clínicas é um sinal significativo ao estresse psicológico na gestação e, em muitos casos, resulta em sintomas psiquiátricos (BARRON, 1993). Em estudo prospectivo de gestantes diabéticas, realizado por esse autor, dois terços apresentaram psicopatologia e as síndromes comuns específicas foram ansiedade e depressão. Em outro estudo prospectivo, controlado, mulheres pré-eclâmpticas eram mais deprimidas e menos verbais do que mulheres sadias, e evidenciou também que seus maridos ofereciam menos amparo.

As complicações clínicas exacerbam as tarefas e conflitos psicológicos da gestação como: sentimentos de culpa e vergonha sobre comportamentos ou condições que podem (ou são imaginados) terem contribuído para as complicações. A esses são acrescidos: tristeza e desapontamento pela perda da experiência da gravidez idealizada; incapacidade de cumprir papéis habituais e fazer tarefas necessárias e/ou agradáveis; preocupações sobre a capacidade da maternidade efetiva; medo acerca da perda de controle; ambivalência sobre a continuação da gestação; dor e dano ao corpo e dano à criança por nascer; demanda por apoio adicional, emocional e prático aos que lhes são caros; intolerância para desconfortos físicos; e a

necessidade de desenvolver relações com os membros da assistência obstétrica, (BARRON, 1993).

Portanto, quando existem complicações na gestação, a mulher geralmente sente e pensa que falhou com seu companheiro, sua família e seu bebê. Ela também se sente enganada pela experiência idealizada, planejada e não acontecida, sente-se culpada, por sua condição de oferecer perigo para a vida do bebê; sente-se sobrecarregada por necessitar de ajuda, apoio e compreensão de todos, o que nem sempre acontece; por precisar delegar a outras pessoas suas atividades rotineiras do lar, dos cuidados com os outros filhos e esposo e, algumas vezes, não existe ninguém a quem ela possa recorrer.

Assim sendo, o enfermeiro desempenha um papel importante no atendimento dessas gestantes, através da orientação, do apoio emocional, da escuta atenta e compreensiva e, até mesmo, na realização de procedimentos técnicos com segurança e habilidade, ou seja, através de uma assistência mais efetiva que enalteça os conceitos de humanização e integralidade na ciência de enfermagem.

2.3 - Abordagem psicoemocional da gestação normal: pesar e luto após o óbito fetal

A gravidez é considerada um processo fisiológico que provoca alterações físicas, psíquicas, sociais, na vida da mulher. Brazelton (1988) ao comentar a vinda do recém-nascido afirma que a chegada de um bebê é um dos eventos mais desafiadores da vida. É uma oportunidade excitante para promover o desenvolvimento de tornar-se responsável por outro ser humano. É a chance de perpetuação e de se ter "outra oportunidade na vida". Um bebê presenteia uma pessoa com a oportunidade de tornar-se uma família. Por outro lado, essa afirmativa não contempla as situações desagradáveis decorrentes de uma gestação não planejada e não desejada.

Segundo Barron e Lindheimer(1993), a gestação pode não ter sido planejada nem desejada, porém, quando ela é confirmada e aceita, a gestante é uma mãe. No contexto de saúde ela é assistida por uma equipe multiprofissional e, culturalmente, é considerada responsável pelo bem estar da criança não nascida. A partir daí, a vida da mulher muda para sempre e ela se vê responsável por prover um ambiente intra-uterino seguro e nutritivo para o filho em desenvolvimento.

A gravidez pode ser entendida como uma crise normativa em que ocorre um desequilíbrio da homeostase psíquica, ou seja, um período de ambivalência, de grandes

modificações psicossociais, de transição e transformação súbita, que exige da mulher uma adaptação a essa nova condição. Seu corpo tomará uma nova forma a cada dia e sentimentos, tais como, ansiedade, medo e insegurança poderão se intensificar (MARTINS *et al*, 1998).

Para a maior parte das mulheres, a gravidez é um período de emoções fortes, que sofrem modificações, variando do positivo ao negativo, frequentemente ambivalente. Para Klaus e Kennel (2000), o modo como ela se sente em relação à essas mudanças pode variar largamente, independentemente de ela ter ou não planejado a gravidez, ser casada, viver ou não com o pai do bebê, ter outros filhos, da sua ocupação, das lembranças da infância e de seus sentimentos com relação aos próprios pais. Para entender o significado da gravidez no contexto do ciclo reprodutivo da mulher, Martins *et al* (1998) consideram que há três períodos críticos na vida da mulher: a menarca, a gravidez e a menopausa.

A mulher apresenta, geralmente, durante toda a gestação, manifestações que indicam amor e apego ao filho que ainda está no ventre. O amor materno é temática investigada por muitos pesquisadores e que, segundo Badinter (1985), não é um sentimento instintivo das fêmeas, uma tendência feminina inata e necessária para a sobrevivência da espécie humana, mas que, de fato, está ligado à percepção das mães sobre a maternidade, a capacidade de se doar, amar e ser amada. Assim sendo, precisamos considerar também que a complexidade da situação envolve sofrimento não só para a mãe e o filho, mas para todos que se encontram emocionalmente engajados no desenvolver de todo o processo grávido puerperal. Assim, avós, tios, pessoas mais chegadas ou não, podem também desenvolver uma relação afetiva reconhecida como amor materno.

Evangelista (1999), ao pesquisar a representação do amor materno fundamentada na obra de Badinter (1985), propôs-se a identificar o que seria natural e o que seria cultural a partir das falas das mulheres. Concluiu que o amor materno não é um sentimento inato e circunscrito à natureza feminina, ao contrário, é um sentimento essencialmente contingente que pode existir ou não, ser forte ou frágil, estar presente e desaparecer, dependendo fundamentalmente da mulher, da sua história e do contexto histórico ao qual está inserida.

Del Priore (1993, p. 18) reforça essas colocações, ao dizer: “A maternidade, portanto, extrapola os dados simplesmente biológicos; ela possui um intenso conteúdo sociológico, antropológico e uma visível presença na mentalidade histórica”.

Stasevskas (1999), por sua vez, acrescenta conteúdos psíquicos que, com certeza, acrescidos às dimensões mencionadas, contribuem para a reflexão e a compreensão sobre os significados da maternidade. Assim, a autora entende que há uma forte vinculação entre o

significado de ser mulher e mãe, que faz parte do senso comum em nossa sociedade. A maior expectativa dirigida à mulher ainda é que ela seja mãe e, em contrapartida, a mulher parece precisar ser mãe para poder se sentir mais mulher. A construção da identidade feminina e da maternidade se une de tal forma que, possivelmente, a primeira tem fundamental apoio na segunda e abrir mão da maternidade pode significar abrir mão de parte importante, senão crucial, da própria identidade.

Para Kenneth e Lake (1996), de fato, uma ligação emocional íntima e intensa inicia-se subconscientemente entre mãe e filho muito antes da gestação; esse processo de vinculação ao filho se constrói pelas fantasias de casamento, de maternidade e de família, ou seja, muitos anos antes da concepção.

Martins *et al* (1998), relatam que *o primeiro trimestre* da gravidez é caracterizado por sentimentos de ambivalência: dúvidas quanto à capacidade de cuidar do bebê, de como será sua vida futura, constituindo um momento de introspecção, em que a mulher se volta para si e faz uma reflexão sobre sua nova condição de ser mãe. Nesse momento se dá a identificação da mãe com o bebê em desenvolvimento, como parte integrante dela própria.

No segundo trimestre ocorre à percepção dos movimentos fetais, o que contribui gradativamente para conferir à mãe uma visão de que o filho é um indivíduo distinto dela. A ambivalência, tão comum na gravidez, vê-se aumentada, mediante o confronto entre a criança desejada e a criança temida e desconhecida. É nessa época que surge a fantasia, o medo do feto ser malformado. Surge também o medo do filho como desconhecido e da responsabilidade que se terá quando ele nascer. Nessa altura, se notam mudanças de atitudes em relação ao feto e o produto de uma gestação não planejada e não desejada pode parecer aceitável, pois a mãe adquiriu sentimentos de apego e valor à criança.

No terceiro trimestre ocorre a estruturação de um novo esquema corporal. A gestante passa a ter a fantasia de aniquilação e morte no parto, além do medo, associado à fantasia de perda pelo que o parto suscita. É nesse período que há um aumento significativo da ansiedade devido à proximidade do parto, (MARTINS *et al*, 1998). Portanto, a partir da aceitação da gravidez, a mãe identifica-se com o conceito em crescimento como uma “parte integrante de si mesma”. Com o início dos movimentos, o feto passa a assumir, no imaginário das mães, uma identidade própria. A percepção dos movimentos permite-lhe e a estimula a considerá-lo como um bebê vivo que logo será um indivíduo independente.

A gestação, apesar de ser um fenômeno eminentemente fisiológico, pode provocar modificações no organismo da mulher, que muitas vezes implicam em risco para a vida e

saúde tanto da mãe quanto do bebê, devido ao agravamento de enfermidades maternas já existentes ou iniciadas a partir da gestação, ou mesmo a intercorrências e ou acidentes da evolução do próprio processo parturitivo. Ou seja, são os vários fatores etiológicos únicos e/ou associados, de etiologia materna ou fetal, que podem vir a ocasionar processos mórbidos que podem culminar com a morte intra-útero do bebê. Assim sendo, a mulher vai vivenciar um processo doloroso de luto pelo filho perdido.

Quando a mulher engravida, principalmente se a gestação for desejada e planejada, ela logo irá pensar em vivenciar um ciclo grávido-puerperal normal, saudável, em ter um bebê bonito, perfeito. Assim, mesmo que as alterações emocionais normais da gestação indiquem a possibilidade de pensamentos e sentimentos negativos com relação a esse processo, é mais comum um pensar de que ‘tudo vai dar certo’. A mulher não quer, não deseja, que a gestação possa ser finalizada com um processo de abortamento, parto prematuro ou com um episódio de morte do filho.

Os sentimentos experimentados pela mulher na situação de óbito fetal estão relacionados à, desde alterações na imagem corporal, determinada pela sensação de sujeira e perda da integridade corporal, até ao sentimento de culpa, explicitado pela dúvida sobre o que pode ter acontecido de errado. Poderão surgir as perguntas: “O que foi que eu fiz para meu filho ter morrido?” e “O que foi que eu deixei de fazer?”. Algumas vezes, passam a considerar como causa da morte fatos considerados insignificantes e irracionais do cotidiano e que pouca ou nenhuma relação causal possui com a perda fetal como: ter pensado em abortar no início da gravidez, ter se esquecido de tomar as vitaminas, ou de ter faltado a uma consulta pré-natal, ter subido um lance de escada, entre outros (KENNETH e LAKE, 1996).

Outro sentimento que surge após algum tempo decorrido da perda é a dúvida sobre se o feto morreu realmente, pois, muitas vezes, a mãe não o vê após o parto, seja porque não o foi mostrado pela equipe de saúde ou pela própria recusa em vê-lo naquele momento de dor. Essa dúvida encontra força no fato da falta de convívio com o bebê, pois quando um adulto ou uma criança maior morre, sabe-se quem era ela, existem pertences pessoais, fotografias e lembranças. Existe uma imagem bem definida dessa pessoa que morreu. No entanto, no óbito fetal só restam à mulher vagos sentimentos e a imagem idealizada do bebê. As lembranças maternas dos movimentos fetais foram os únicos contatos físicos com o filho. (KENNETH e LAKE, 1996).

Para Martins *et al* (1998, p. 156), a perda do bebê pode ser percebida pela mulher também como perda da fertilidade, da saúde, da feminilidade, ou de parte de si mesma.

Dificulta a formação de novos vínculos, podendo comprometer gestações posteriores. Além disso, o desenvolvimento futuro do “filho substituto”⁷ pode ficar comprometido por ansiedade ou depressão dos pais e sua dificuldade de diferenciarem o filho vivo do morto podendo esse filho mais tarde vir a ter crise de identidade ou sofrer abusos.

Para Kenneth e Lake, (1996, p. 586), “o luto é o processo pelo qual o indivíduo reorganiza e se adapta à morte de um ente querido. Nesse processo, a emoção dominante é o pesar”. Embora não se tenha feito uma avaliação sistemática das implicações emocionais da mortalidade perinatal, em caso de natimorto ou de neomorto, as informações disponíveis demonstram claramente que a resposta familiar a essa catástrofe é semelhante àquela sentida pela família depois da morte de um adulto ou criança.

Na cultura brasileira, a gravidez sempre foi considerada como um processo de ganho. É como se diz no dito popular “ela vai ganhar um bebê”. Penso ser essa a representação da gestação e do nascimento num enfoque sócio-cultural. O ganho com a chegada de um novo ser no seio familiar é o ganho da condição de mãe, pai, irmão, irmã, avó, avô, tio, tia, padrinho, madrinha. Portanto, a gravidez parece estar sempre relacionada à condição de ganho e nunca de perda. Por isso, parece ser tão triste para todos a descoberta da morte do bebê intra-útero.

Soifer (1992, p. 88), sobre o nascimento de um feto morto, descreve que:

É uma ocorrência sempre catastrófica. É o momento de frustração de todos os desejos, devaneios, fantasias e, sobretudo, a impossibilidade de aplicar a capacidade maternal, o que produz uma dor intolerável. Podemos descrever a situação como a de uma profunda ferida narcisista, de difícil e lenta recuperação. Neste caso, além da vivência de castração, vale dizer do sentimento de lhe ter sido arrancada uma parte valiosa de si mesma, ou seja, um bebê.

Stasevskas (1999), considerando as mudanças ocorridas na gravidez e toda simbologia que se entrelaça com o conceito de maternidade, ao lado das transformações e perdas pelas qual a mulher está passando devido à gestação, entende que o óbito fetal desponta como outra perda que terá de enfrentar. Em outras palavras, essa perda pode ser entendida, portanto, como uma crise (acidental), dentro de outra crise (normativa), que é a gravidez. Alguns autores descrevem como esse processo foi identificado pelas mães. Segundo Quayle (1991), quando a mulher descobre que perdeu o bebê, existe um corte abrupto nesse processo de construção de identidade, com a negação de seu papel social de mãe.

⁷ Considerado o (os) filho (os) nascido (os) após a morte do irmão, que gera expectativa por parte dos pais de que as crianças imitem o irmão morto, ocasionando problemas ligados ao não desenvolvimento de uma percepção de suas identidades próprias.

Segundo Kenneth e Lake (1996), para a família, os amigos e a equipe de saúde é complicado entender as emoções pela qual a mulher passa frente ao óbito intra-útero e como a mulher apresenta uma ligação profunda e amorosa a uma criança que ainda não nasceu e não sobreviveu à vida intra-uterina. Essas pessoas acreditam que como o bebê ainda não estava a termo, nasceu morto ou não foi levado para casa e cuidado por sua mãe, ela não pode ser capaz de desenvolver uma ligação com o bebê, devendo lidar mais facilmente com a morte.

É importante ressaltar, que as reações emocionais da mulher frente ao óbito fetal independem do fato de que ela sinta prazer em estar grávida ou não; da extensão do contato mãe-filho após o parto. Esse fato encontra apoio na literatura e nas pesquisas de Kenneth e Lake (1996), que demonstram a ocorrência de manifestações significativas em mulheres que vivenciaram óbito fetal, mesmo nas que não haviam planejado a gestação ou nas que sequer viram o feto após o parto.

As manifestações de pesar são estritamente necessárias para uma saudável recuperação da mulher, visto que quando essas manifestações são evitadas por ela e suprimidas pelas pessoas com quem convive, bloqueando ou suprimindo o sentimento do pesar, podem surgir reações patológicas, tais como: depressão agitada, ações prejudiciais à própria vida, perda duradoura dos padrões de interação social, hiperatividade sem nenhum sentimento de perda, alterações na relação com amigos e parentes, grande hostilidade contra pessoas específicas, repressão da hostilidade, levando até a uma reação esquizofrênica. Evitam-se as discussões sobre a gestação, o parto e o bebê, entre os familiares e a equipe de saúde, ou seja, o silêncio sobre o assunto pode ser interpretado pela mulher como falta de apoio e, dessa forma, ela tenta impedir a revisão de seus sentimentos em relação ao bebê (KENNETH e LAKE, 1996).

Assim, os autores acima afirmam que a maneira mais simples e talvez uma das mais importantes de ajudar a mãe a confirmar que seu filho morreu é deixá-la vê-lo. Não foram observadas reações adversas nas mulheres que viram seus filhos, mas algumas conseguem se adaptar com maior facilidade à sua perda, e resolvem satisfatoriamente seu luto.

Klaus e Kennel (2000, p. 277), analisando o Tratado original de Freud (1957) *Luto e Melancolia* destacam:

Que o luto é uma reação normal e auto-limitada a uma perda severa. Ele descreveu o processo natural de luto, como uma retirada dolorosa e relutante de apego à um objeto perdido, pela qual cada memória e esperança que une o indivíduo ao objeto é recordada: os momentos profundamente emocionais são revividos na memória e liberados para novos apegos. Lindemann, Parkes e outros, que estudaram o luto profundamente enfatizaram firmemente, que a plena expressão das reações

emocionais em pessoa enlutada é necessária para resolução ótima da reação de perda.

Com o objetivo de situar o leitor na compreensão dos momentos e/ou sentimentos vivenciados por uma pessoa que passa por um processo de perda e luto, apresentamos, segundo Bowlby (2004), as quatro fases identificadas no luto:

- a) **Choque e Descrença:** é caracterizada por um período de recusa, em geral de curta duração. Há uma sensação de apatia, torpor e calma inesperada. Uma resposta típica é achar que houve um engano e que a pessoa amada ainda está viva. A recusa e a incapacidade de reagir são mecanismos de autoproteção, os quais dão tempo para que o indivíduo mobilize os recursos para lidar com o choque. Os pacientes referem que, nessa fase, as emoções são maiores nas primeiras semanas após a morte;
- b) **Saudade, Busca e Ansiedade:** é a fase dolorida do luto, cheia de pensamentos e imagens do falecido. O enlutado chora, sente ódio e culpa e, com frequência, solidão, insônia, falta de forças e de apetite. Essas alterações do comportamento provocam confusão e ansiedade. A pessoa enlutada sente-se zangada e precisa atribuir a alguém a culpa dessa morte, muitas vezes a si próprio e/ou aos profissionais de saúde. Essas características são mais intensas entre o segundo e o quarto ou quinto mês após a morte;
- c) **A Desorganização, o Desespero e a Depressão** são sentimentos compreendidos na terceira fase do luto. São reações emocionais predominantes quando a pessoa compreende que a perda foi real e que é preciso continuar vivendo sem a pessoa querida. São frequentes a inquietude e os movimentos sem sentido. Muitas vezes, a anorexia, a insônia e o mal-estar fazem com que o enlutado procure seu médico em busca de tratamento;
- d) **Reorganização:** É a quarta fase do luto. Com o passar do tempo, vão desaparecendo as preocupações com o falecido, o enlutado recomeça a executar suas atividades, sem os sentimentos opressivos, característicos das fases anteriores. O falecido é lembrado com tristeza e saudade, sem, porém, interferir nas atividades diárias.

Embora o luto seja estudado, por esse autor, como um processo composto por quatro fases distintas e sequenciais, essa ordenação pode variar de uma pessoa para outra, bem como sua duração e resposta são individuais.

A ocorrência da morte intra-útero é uma situação nefasta para saúde da mulher, representando, de acordo com a etiologia, prognóstico negativo para gestações subsequentes. Prognóstico esse que muitas vezes impossibilita a gestação por questões adquiridas com o processo fisiopatológico da perda fetal, comprometendo conseqüentemente a saúde e a vida reprodutiva futura da mulher.

Nessa perspectiva, no cotidiano profissional constata-se que a grande maioria dessas mulheres gesta novamente e passa por um ciclo grávido-puerperal carregado de transtornos físico-emocionais, necessitando de apoio, compreensão e assistência de qualidade. Portanto, buscar a qualidade da assistência nas instituições de saúde tem sido um dos grandes desafios que os enfermeiros vêm enfrentando no seu cotidiano de trabalho, na perspectiva de resgatar a humanização da assistência a essa clientela.

2.4 Implicações psicológicas diante da gestação após um óbito fetal

A gestação, o trabalho de parto, o parto, o puerpério e a lactação, representam uma fase de transição e crescimento emocional importante na vida da mulher. Quando o momento gestacional é interrompido com a morte do bebê intra-útero, tudo se transforma subitamente em um acontecimento de grande sofrimento físico e emocional. Assim sendo, sabemos que a mulher vai passar por um processo psíquico de grandes alterações e necessitará de apoio e compreensão da família, da equipe profissional e dos amigos. Maldonado (2000) afirma que é possível ajudar qualquer pessoa a superar, satisfatoriamente, uma crise independentemente das características de personalidade ou caráter, tendo como base um encorajar e não reprimir à livre expressão dos sentimentos.

Martins *et al* (1998) descrevem que muitas pessoas, que não conseguiram elaborar a perda de alguém querido, acabaram deprimidas, o que pode ser também observado em mães que perderam seus filhos durante a gestação. A literatura demonstra claramente a ocorrência de alterações psicológicas nas mães que passaram pelo episódio da morte de seus filhos intra-útero e/ou perinatal. Kenneth e Lake (1996) relatam que, seis entre dez mulheres acompanhadas por um ano, desenvolveram depressão crônica. Um grupo de 56 mulheres estudadas 26% apresentaram sintomas de reação patológica.

É muito importante e necessário à mulher passar por um processo natural de luto após uma perda fetal para uma completa recuperação psicoemocional. A interrupção precoce desse processo com uma nova gestação pode ocasionar dificuldades consideráveis, principalmente para o exercício da maternidade com o “bebê substituto” que é o bebê da gestação seguinte. Por isso, a ocorrência de uma gravidez logo após uma perda fetal nem sempre é recomendada por psicólogos ou psiquiatras.

Klaus e Kennell (2000) estudaram 50 mães, dos 14 aos 38 anos, que tiveram um natimorto, quarenta das quais foram observadas no intervalo de um mês até três anos. Eles notaram que 50% das mães resolveram seu luto com um novo bebê. Entretanto, um grande número de mães negou-se à ideia de ter outro filho, realizando esterilização. O autor comenta que a esterilidade após um bebê natimorto, exceto, talvez, com defeitos hereditários severos, deve ser evitada. A esterilização, uma “solução final”, é bastante similar ao “buraco negro na mente” que o autor descreve como uma experiência psíquica correspondente de se dar à luz a um natimorto. Essas mulheres esterilizadas sentiam, na melhor das hipóteses, um imenso vazio em suas vidas e, no pior dos casos, estavam severamente deprimidas.

Silva (2003) afirma que, apesar do temor, as mães mostram abertura para a possibilidade de vivenciar uma nova gestação, com capacidade e responsabilidade por assumi-la e correr o risco que um novo processo gestacional pode oferecer. Santos (2000) descreve que todas as mulheres do seu estudo expressaram a vontade de viver, a necessidade de trabalhar, de estudar e, até mesmo, de ter uma nova gravidez.

Portanto, a ocorrência de uma nova gestação após um episódio de perda fetal torna-se praticamente uma condição com grandes possibilidades de acontecer. Porém, o fato não “imuniza” a mulher de passar por tudo de novo, porque não está dito que quem vive essa experiência uma vez não a viverá novamente. Dessa forma, o amparo profissional psicológico e social precisa ser ofertado com o intuito de garantir a saúde do binômio.

Minha experiência profissional coloca-me frente a situações diversas de observação dos fatos e acompanhamento dos casos, por isso acredito que a morte do concepto durante a gestação apresenta peculiaridades que precisam ser vivenciadas para que o processo de luto aconteça favoravelmente sem repercussões negativas para a saúde da mulher.

Mediante a técnica de entrevista em profundidade com elaboração de minibiografias, Duarte e Turato (2009) estudaram três mulheres que vivenciaram a perda fetal. Ao contarem suas histórias permitiram o alcance de resultados interessantes acerca da importância de contar com apoio profissional nas gestações subsequentes para lidar com as ansiedades

relacionadas à gestação e a perda gestacional anteriormente ocorrida. Dessa forma, essas mulheres encontrariam espaço para falar de seus sentimentos e vivenciar a gestação com certo orgulho e não com medo paralisante.

Sabe-se que a aceitação da perda pode ser dificultada ou facilitada de acordo com a susceptibilidade de cada pessoa que vivencia o fenômeno e também das relações entre a equipe, a paciente e a família. Considerando aqui equipe, não só a de saúde, mas todas as pessoas que, naquele momento, se aproximam da paciente e podem colaborar, através de um olhar diferenciado, compreensivo, colocando-se no lugar do outro. Um dos fatores que muito tem contribuído com esse processo é a permanência de um acompanhante familiar, durante toda a internação na maternidade, não somente para dar apoio, como também estabelecer uma conexão positiva entre a mulher e a equipe profissional.

Segundo Leon (1992), a experiência de perda perinatal aponta para duas questões: uma experiência emocional diferente de outras formas de luto (não será como o perder um esposo, ou outro membro da família) por se referir à maternidade e a de demandar um tratamento teórico que não implique em abordar o luto a partir da hipótese de que o bebê seja percebido pela mãe como emocionalmente separado dela. Isso quer dizer que a maternidade traz em si um tipo de investimento amoroso, através do qual o bebê espelha a mãe, ou seja, o investimento da mãe no bebê será predominantemente narcísico. A mãe se vê no bebê.

Para o entendimento sobre a relação narcísica estabelecida entre a mãe e o bebê importa acompanhar o que propõe Freud *apud* Costa (2006) para quem existiriam duas formas de investimento amoroso. Uma que possui como modelo a mãe que cuidou, alimentou e protegeu, tipo de escolha e investimento denominado como anaclítico⁸, e outra em que o modelo é o próprio eu do sujeito, denominado como o tipo narcísico. Com isso, para Freud, o ser humano, em suas relações de investimento amoroso, possui a ele próprio (seu eu) e a mãe que o cuidou enquanto modelos de escolha, de investimento e conseqüentemente de relação amorosa. Na relação do tipo narcisista, uma pessoa poderia amar um objeto que representa o que ela própria é, o que foi e o que gostaria de ser e alguém que já foi, um dia, parte dela.

Assim sendo, na gravidez, o bebê não nascido é fisicamente parte dela, sendo percebido emocionalmente muito mais dessa forma do que como alguém em separado. E, apesar do nascimento possibilitar sua existência como funcionalmente distinta, o investimento emocional materno é predominantemente narcísico e permanece assim através da vida da criança, como um ingrediente vital para o vínculo parental.

⁸ Tipo de escolha que se origina na satisfação das necessidades de sobrevivência do bebê. A satisfação da fome seria seu protótipo.

Nesse sentido, conforme Freud *apud* Costa (2006), as ambições narcísicas, características da maternidade, se comunicam retroativamente com um estado emocional ligado aos primórdios do desenvolvimento emocional materno que é o da onipotência infantil⁹. E conclui que essa regressão à onipotência infantil alimenta as fantasias que acompanham a concepção, dentre elas a do poder que a mãe costuma acreditar que possui em relação à sobrevivência física e psíquica de seu filho.

Cramer (1993) descreve que os investimentos que até então estavam conservados no espaço intrapsíquico da mãe em relação ao bebê imaginário da gravidez, são reorganizados e distribuídos no espaço que agora inclui o bebê real. A criança real passa, então, a representar a possibilidade de investimentos amorosos que conjuguem a relação imaginária anterior, onipotente, com a concretude em carne e osso, o que traz para a mãe a percepção de sua real capacidade de manter o bebê vivo.

Portanto, acredita-se que, para a mãe, por sentir a real presença do bebê diante dos movimentos fetais, acentua-se a responsabilidade e capacidade de manter o bebê vivo e sua sobrevivência real é uma questão central para o equilíbrio tanto dos investimentos amorosos como da representação que a mãe faz de si mesma.

Lembra Rubin (1984) que a mulher desenvolve uma identidade maternal única para cada filho e, se um bebê morre no período neonatal, essa identidade não se desenvolve, fica presa no bebê que morreu. Por sua vez, sempre será parte da representação que a mãe faz de si mesma, o que implica na necessidade de compreensão da perda como parte da relação amorosa predominantemente narcísica.

Encontram-se em Furman (1978) investigações sobre respostas emocionais maternas após perda perinatal em que os estados de depressão, compreendidos a partir da abordagem teórica ligada a clínica do narcisismo, são vivenciados pelas mães como fragmentação do sentimento, organização e integração da percepção subjetiva de si mesmo (*sefl*), ausência de sentimentos empáticos, baixa dos sentimentos de auto-estima, sentimentos de inexistência de ajuda possível para a dor experimentada, senso de inadequação (falha e culpa), experiências de angustias ligadas à ideia de não se conter emocionalmente (perder o controle), de não estar “dentro do próprio corpo”, hipocondria, desleixo com a higiene pessoal e outras somatizações.

⁹ A atitude afetuosa para com os filhos será uma revivescência do investimento amoroso narcísico recebido pelos pais, enquanto filhos quando criança. Compulsivamente seriam atribuídas aos filhos todas as perfeições, que uma observação sóbria não permitiria a criança concretizar os sonhos dourados que os pais jamais realizaram, não passariam por dificuldades, enfim, ela será “sua majestade o bebê” como um dia os pais imaginaram ter sido.

A relação entre a perda perinatal e as gestações subsequentes foi primeiramente publicada por Bourne e Lewis (1984) a partir de observações clínicas a respeito de riscos psicológicos ligados a distúrbios mentais maternos observados na interação com o bebê nascido vivo. A partir daí, uma linha de investigação foi desenvolvida por Janssen (1996) em torno da observação de que existiria um impedimento da elaboração emocional da perda perinatal, demonstrada através das gestações, que se dão no primeiro ano após a mesma. Tais pesquisas concluem que o nível de ansiedade na gravidez subsequente é ainda maior do que na anterior, ligando-se a sentimentos de fracasso e culpa e principalmente a distúrbios de vínculo com o bebê. Ocorre alteração na identificação com o papel maternal e a ansiedade na gestação após perda perinatal continua mesmo com o nascimento de uma criança saudável.

A partir dos anos oitenta, trabalhos sobre estados de ansiedade e depressão característicos das respostas emocionais maternas, após a perda perinatal, são associados aos resultados obstétricos. Zax (1997), ao investigar a angústia materna ligada aos quadros nosográficos de psicose (esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva), depressão neurótica e desordens de personalidade em relação aos resultados obstétricos, encontra que bebês filhos de mães com depressão neurótica são os que apresentam mais baixo índice de APGAR¹⁰ ao nascer e mais alto índice de morte fetal. Tony e colaboradores (2001) examinam a sintomatologia depressiva na gravidez demonstrando que está associada com crescimento fetal retardado, parto prematuro, parto cesáreo e admissões de bebês em unidade de atendimento intensivo.

A maioria dos estudos refere-se mais frequentemente às consequências para a mulher. É pouco conhecido o impacto produzido na dupla parental por gravidez subsequente ao óbito fetal ou a perda perinatal. Porém, encontramos em Franche e Mikail (1999) resultados de investigações sobre reações emocionais entre casais como a crença na qual seria o comportamento materno que afeta a saúde do bebê. Essa influência se observa nos níveis consideráveis de ansiedade durante os meses de gravidez. Para homens, o nível de intensidade foi maior a partir do oitavo mês e para mulheres observou-se uma constância sem elevação ou diminuição de intensidade durante toda a gestação e parto. Na atitude de hipervigilância, apontam para problemas de ajustamento do casal em relação à criança nascida saudável.

Segundo Phipps (1985) gravidez subsequente é aquela que acontece rapidamente, ou seja, ocorre durante o primeiro ano após a perda perinatal. Esse comportamento de engravidar logo é interpretado pelos autores de duas formas; uma é a de que a gravidez subsequente

¹⁰ Cinco pontos chaves (frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor, irritabilidade reflexa). Elaborados por Virgínia Apgar em 1949 para avaliação da vitalidade fetal.

poderia estar ligada à diminuição do sentimento de fracasso materno e à elaboração da perda anterior; outra é a de que o engravidar logo a seguir à morte de um bebê faria parte de um repertório de comportamentos defensivos. O processo defensivo especifica-se em mecanismos de defesa operando, parcialmente, de forma inconsciente em relação à dor provocada pela “ferida aberta” que esse tipo de perda provoca.

Assim, sua elaboração, que é emocional, estaria impedida por ser substituída por uma solução concreta (outra gravidez, outro filho) e frequentemente ligada aos distúrbios do vínculo presente na relação entre a mãe e o bebê nascido após perda perinatal. Em relação aos distúrbios de vínculo, podemos nos aproximar do que foi descrito como sendo a “síndrome da criança de substituição”. Essa síndrome foi estudada em famílias em que ocorrem gestações subsequentes à perda de uma criança no período de latência (período que vai dos cinco ou seis anos de idade até o período da puberdade) ou na adolescência. Foi observada uma expectativa por parte dos pais de que as crianças imitassem o irmão morto, ocasionando problemas ligados ao não desenvolvimento da percepção de suas identidades próprias.

Segundo Theu, (1990) desses estudos se derivou outra descrição, a da “síndrome da criança vulnerável”, proveniente da distorção da percepção materna, produzindo comportamentos de superproteção, de hipervigilância das crianças em relação à saúde e segurança e apresentando, frequentemente, dificuldades de ordem psicológica ligadas aos processos de separação e individuação que, embora as descrições dessas síndromes estejam datadas há 25 anos, existe certa limitação no relacionamento de ambas ao âmbito da pesquisa perinatal e poucas investigações, hoje, relacionam seus achados a essa situação específica. Por isso, ainda existe conhecimento insuficiente a respeito de seus efeitos sobre os pais.

As síndromes da criança de substituição e da criança vulnerável, porém, permanecem como um modelo para as pesquisas que fornecem o conhecimento sobre a perda perinatal e as gestações subsequentes. Cuisinier (1996) encontrou, nos resultados de suas investigações, que as mães falavam espontaneamente sobre essas perdas. O mesmo não foi descrito em relação ao comportamento materno nas situações de perdas no período da latência e da adolescência, sobre os sentimentos de substituição e a percepção de vulnerabilidade em relação ao bebê subsequente.

Os sentimentos de substituição, entretanto, apresentaram uma característica que parece ser específica quando se estabelece a relação entre a perda perinatal e a síndrome da criança de substituição. Essa singularidade aponta para o fato do bebê perdido não ter sido efetivamente conhecido no convívio de um cotidiano prolongado, pois a morte perinatal se

define como a que ocorre entre as últimas semanas de gestação e a primeira semana após o parto.

Dessa forma, a ausência de convívio situa o bebê morto no terreno da idealização e pesa o tempo, na situação de morte de uma criança ou adolescente com o qual concretamente se conviveu. No primeiro caso haveria, portanto, uma perda ideal e não real para os pais, o que teoricamente, levaria à questão da perda narcísica ligada à morte no período perinatal.

Heller (1999), ao investigar um grupo com experiência de relação com perda perinatal descreve que, frequentemente, são encontradas situações nas quais não se pode trabalhar com a hipótese de um sentimento de remorso. Esse sentimento seria característico das perdas em que a relação é real e não ideal. Trabalhar-se-ia, pelo contrário, mais com a questão da culpa não consciente que impede a formação de um novo vínculo afetivo. A autora ressalta também que inclusive uma nova gravidez pode se constituir em impedimento para a elaboração dessa culpa não consciente se for subsequente à perda. Para a mãe, a dificuldade de se criar um novo vínculo afetivo se soma, frequentemente, ao medo de passar por nova perda e de, em caso de sobrevivência, não ser capaz de cuidar do bebê.

Tal panorama teórico reafirma as reflexões de que as mães implicadas na situação de óbito fetal e a gestação seguinte apresentam um risco potencial de perturbações no vínculo afetivo com os bebês nascidos posteriormente. Nessa perspectiva, no cotidiano profissional constata-se que a grande maioria dessas mulheres gestam novamente e passam por um ciclo grávido-puerperal carregado de transtornos físico-emocionais necessitando de apoio, compreensão e assistência diferenciada que visualize o eu na vivência de um novo processo gestacional.

A realização deste estudo, a partir do enfoque compreensivo dessa vivência, abrirá um leque de possibilidades de reflexões e mudanças na assistência a essas mulheres.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

3.1 A fenomenologia

A busca do significado e dos sentidos da vivência de gestar novamente após o episódio de perda fetal caminhou para a compreensão de um fenômeno existencial e apontou para a realização de um estudo descritivo na linha qualitativa, com o enfoque da fenomenologia, porque esse método busca a compreensão do humano na sua especificidade, no contexto da experiência em si mesmo, nas relações de sentido de como foi vivida. Segundo Capalbo, (2008, p. 63) “Os adeptos da filosofia, vêem a fenomenologia como tendo por tarefa elucidar as relações vividas e efetivas entre o homem e o mundo.”

A palavra ‘fenomenologia’ foi usada pela primeira vez por Lambert em 1764, sendo inicialmente compreendida como “teoria da aparência visão falsa da realidade”. Entretanto foi com Hegel, filósofo que se dedicou ao estudo do movimento do espírito, que a fenomenologia emergiu como método e filosofia própria (LOPES, 1999).

Para Monteiro (2006) a palavra ‘fenomenologia’ advém de duas expressões gregas: *phainomenon* (fenômeno) significa aquilo que se mostra por si mesmo, o manifesto; “logos” é tomado, aqui, como discurso esclarecedor. *Phainomenon* origina-se do verbo *phainesthai* que significa trazer a luz no sentido de desvelar. Fenômeno é, então, tudo o que se desvela a pessoa que o interroga.

A fenomenologia surgiu a partir da corrente do movimento existencialista, que dirige a sua preocupação para a vivência humana. Para os pensadores dessa corrente filosófica, a existência precede a essência – eu só sou, porque existo. Desse modo, existir é estar em relação com os outros no mundo tendo ainda o homem como responsável pelo que ele é e por sua própria existência. “A fenomenologia existencial busca compreender o homem em sua estrutura universal, mas concomitantemente, em sua experiência concreta do vivido”. (CAPALBO, 2008, p. 125).

A fenomenologia é um movimento filosófico nascido no final do século XIX e início do século XX. Foi por volta de 1888, quando o pensamento positivista começou a declinar, que Edmund Husserl (1858 - 1938) fundou o movimento fenomenológico com ideias contrárias ao idealismo e ao positivismo, que só consideravam como válidos os fatos empiricamente testados, desvalorizando o existir humano na sua totalidade.

Edmund Husserl viveu parte de sua vida na Alemanha onde iniciou seus estudos sobre os fundamentos dessa doutrina, que lançou esse filósofo à posteridade. Husserl opôs-se à tendência dominante que atribuía à psicologia a explicação última sobre a origem de nossos conhecimentos e sobre o funcionamento de nosso pensamento. Descreve a consciência como fluxo temporal das vivências, responsável por atos, dentre os quais aquele de atribuir significado às coisas. Essa consciência, denominada por Husserl de “transcendental”, é fonte de significados e é intencional.

Franz Brentano, filósofo e sacerdote alemão, já teorizava o conhecimento do psiquismo, correlacionando a consciência com o objeto na sua intencionalidade. No encontro com Franz Brentano, Husserl clareou os pensamentos e a partir do conceito de intencionalidade propôs a fenomenologia como “volta ao mundo da experiência do vivido”, constituindo-se um saber não sobre o sujeito, mas do sujeito, com o lema “volta às coisas nelas mesmas”, isto é, ao mundo vivido preocupando-se com a consciência a partir de seus atos, (CORREA 1997). Para Husserl *apud* Capalbo (2008) a fenomenologia seria então:

Uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência eidética que procede por descrição e não por dedução. Ela se ocupa dos fenômenos, mas com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas. Os seus fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência. (CAPALBO, 2008, p. 18)

Sobre a fenomenologia, Souza (1993) afirma que é, pois, uma forma diferente de “ver” e até uma forma radical de “pensar”, não se satisfazendo com a explicação causal dos fatos, porque almeja a razão, o fundante dos fenômenos, porque se fundamenta no comportamento e não nos sistemas naturais.

A fenomenologia se propõe a ver o fenômeno no modo como ele aparece e está na consciência do sujeito e pode ser desvelado através de interpretações da essência do fenômeno, o qual se mostra a partir de si mesmo. Portanto, a fenomenologia tem o fundamento de descrever os fenômenos tais como se apresentam e, nesse sentido, a linguagem tem um papel primordial, pois ela é o fio condutor entre o ser que se manifesta, se revela e o homem que através do seu comportamento tenta captá-lo.

Lopes (1994), por sua vez, sobre a linguagem, afirma que:

A fenomenologia não procura as condições sobre as quais o juízo é verdade, e sim qual o significado daquilo que o sujeito tem na consciência quando ama, sente felicidade, sente tristeza, adoece, vive e que é expresso através do discurso-mundo da linguagem, da totalidade das palavras dos gestos, do silêncio, do tom de voz, da expressão fisionômica e do discurso escrito. (LOPES, 1994, p. 50)

Pinheiro (1995), também sobre a linguagem, afirma:

O discurso é sempre revelação de um sentido do ser e do existir humano. O discurso é possibilidade de compreender este dizer do ser, que permite ao homem o surgimento do falar, ou seja, linguagem. O discurso revela o ser enquanto o homem mantém-se próximo ao desvelamento. Contudo, o ouvir e o silêncio são momentos do discurso que possibilitam ao homem uma compreensão do que o ser lhe diz. Neste contexto a palavra é escuta, sendo que no ouvir é que se encontra o sentido do falar humano. (PINHEIRO, 1995, p. 19)

A enfermagem, desde a década de 80, quando iniciou o 1º Seminário Nacional de Pesquisas em Enfermagem (SENPE), despertou para a busca de novas abordagens de pesquisa que valoriza o ser humano em sua totalidade, sem fragmentações, sem tentar quantificar emoções, relações e sentimentos. Portanto, a compreensão da vivência humana pelos métodos positivistas de investigação científica não mais satisfazia às nossas necessidades, pois não conseguia alcançar o subjetivo do pensamento humano. Nesse caminhar, a enfermagem encontrou na fenomenologia, assim como em outras abordagens de pesquisa, o suporte para suas investigações.

Sobre a fenomenologia para a enfermagem comenta Corrêa (1997, p.86), “a filosofia, essencialmente a fenomenologia, oferece um meio pelo qual a enfermeira pode constantemente descobrir sua consciência do mundo.” Monteiro *et al* (2006, p.299) afirma que “a enfermagem, uma ciência que tem por objetivos o cuidar do outro, encontra na fenomenologia esse caminho de investigar fenômenos que, *a priori*, não são fáceis de compreensão”. Padoin (2006) diz que pode-se perceber que os profissionais da área da saúde têm buscado referências teóricas e filosóficas para a reflexão de seu cotidiano profissional e, a partir destes, têm trilhado uma nova jornada profissional.

Portanto, trilhar os caminhos da fenomenologia significa pensar reflexivamente sobre o existir do outro. Para a enfermagem, essa abordagem de pesquisa mostra-se como uma alternativa de compreender os significados as vivências, permitindo que as relações humanas e o cuidar possam ser olhados de modo diferente, sejam elas individuais ou de grupos, para não impor a todos a mesma normalidade. Esse intuito poderá ser alcançado mediante a aceitação e compreensão da existência de situações singulares, que merecem modos distintos de acesso, mediados pela escuta e pelo diálogo vivido.

Por isso, no presente estudo, desenvolvido como tese de doutorado, pretendi desvelar o ser mulher que ao vivenciar momentos de sofrimento físico e emocional pela morte do filho

intra-útero relatou não querer mais engravidar, mais gestou novamente. A partir daí é que me proponho a desenvolver uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, visto que o método busca compreender e interpretar o ser humano a partir das experiências vividas no cotidiano. Assim, novamente dirigir o meu olhar atento para essas mulheres, sustentada no pensamento de Martin Heidegger, filósofo alemão que se dedicou ao estudo da existência humana em seu cotidiano e na experiência concreta do vivido.

3.2 Martin Heidegger e o método fenomenológico

A opção por buscar nas ideias de Heidegger o referencial teórico e metodológico se justifica pela possibilidade de compreender o *ser* da mulher-mãe e apreender suas vivências e significados. Heidegger traz a proposta de uma investigação sob os modos de ser do ente que somos e a fundamental busca da compreensão do ser, o sentido do existir e o cotidiano do ser.

Martin Heidegger (1889-1976) nasceu em 26 de setembro de 1889 na Alemanha. Em 1909 entrou para a Universidade de Friburgo, seguindo os Cursos de Filosofia e Teologia. Em 1913 recebeu o grau de doutor em Filosofia, tendo sido discípulo de Edmund Husserl, assimilou alguns de seus conceitos e, influenciado por suas obras e sua presença como mestre, Heidegger se encaminhou para a fenomenologia. O despertar para a questão do ser iniciou-se com o interesse pela leitura dos escritos de Aristóteles, considerado a pai da teoria do ser enquanto ser (LOUREIRO, 1998). Heidegger buscou elucidar o sentido do ser, entendendo como significação etimológica direção, ou seja, compreensão do ser. Para tanto, lançou mão do método fenomenológico, utilizando-se da máxima husserliana de ir às coisas mesmas; pretendeu desnudar o fenômeno da discussão e compreensão do ser obscurecido pelo pensamento metafísico.

A sua obra “Ser e Tempo”, editado em 1927, apresentada em dois volumes, que é considerada um marco na história da filosofia ocidental, Heidegger apresenta o homem como expressão ontológica, discutindo essa facticidade de existir do ser. O ser ocorre no tempo e o fato de existirmos no tempo nos leva a constantes mudanças, nos deparando com novas possibilidades e convivendo com elas à medida que continuamos existindo no tempo.

Heidegger se apropriou da fenomenologia como método e como referencial teórico para realizar sua trajetória em busca do sentido do ser, esse ser que se mostra em um movimento de velamento e desvelamento, ou seja, ora se mostra ora se esconde, mas que possui um fundamento para tudo que se manifesta. Para Heidegger (2009, p.37), “o ser é o

conceito mais universal e mais vazio, é indefinível e evidente por si mesmo. O ser exige um modo próprio de “de-mostração” que se distingue essencialmente da descoberta de um ente”. Heidegger orienta o estudo do ser a partir do ente (que também somos nós mesmos) e que tem a capacidade de se compreender sendo. É a partir desse ente que ele estrutura um pensamento buscando compreender o ser. Depois ele estabelece que existem dois tipos de entes, os entes envolventes que são as coisas, os objetos e, às vezes, nós mesmos; e o ente dotado do ser da presença, que é ser do humano, que é o *ser-ai*¹¹, aquele que se compreende sendo. (Heidegger 2009).

O ponto de partida que Heidegger escolheu para tentar revelar o mundo da existência do ser foi a cotidianidade. Cotidiano, no pensamento desse filósofo, significa:

O modo como a pré-sença ‘vive o seu dia’, quer em todos os seus comportamentos quer em certos comportamentos privilegiados pela convivência [...]. o modo de ser em que a presença, de início e na maior parte das vezes, se mantém [...]. ‘De início’ significa o modo em que a presença ‘se revela’ na convivência da publi-cidade [...] ‘Na maior parte das vezes’ o modo em que a presença nem sempre, mas ‘via de regra’, se mostra para todo mundo [...]. Primordialmente, porém, a expressão cotidianidade indica um determinado modo de existência que domina a pré-sença em seu ‘tempo de vida’. ((HEIDEGGER, 2009.p.460, 461).

Estar no cotidiano é viver no modo de ser mediano e banal tal como ele é antes de tudo e na maioria das vezes. Esse entender o ser humano no cotidiano não se dá como algo fechado, mas lançado na abertura de possibilidades de se revelar, de ser ela própria ou não. Ao analisar o *ser-no-mundo-cotidiano*, Heidegger (2009) descreve que na facticidade a presença *está-aí* lançada no mundo sem opção prévia, sem poder escolher e, assim, o ser humano se fragmenta em determinados modos de ser em: o autêntico e o inautêntico. A inautenticidade diz respeito ao modo de ser da ocupação impessoal, a publicidade; onde tudo é normal, público, mediano e nivelado, onde o homem se entende a partir do que ele não é. Na existência autêntica o homem não apenas se ocupa, mas também se pré-ocupa, se comporta como ser com, ou seja, assume o seu ser e luta para impor-se tal como é.

Heidegger (2009) parte da análise do *ser* do homem, *ser* do humano, que ele denomina “*dasein*”. Essa expressão alemã significa justamente o “*ser-ai*”, ou seja, o homem é o *ser-no-mundo*, que se dá em seu sentido, em sua maneira de ser, de existir “*no-mundo*” de apreender o mundo. Logo se torna presente, percebido, conhecido para o “*ser-ai*”. O *dasein* é um ser no mundo, que tem como traço fundamental da sua existência o caráter referencial *ser-no-*

¹¹ Todas as vezes que a palavra “ser” expressar sentido existencial fundado no pensamento de Martin Heidegger será grafada em itálico.

mundo-com-os-outros-e-com-as-coisas. A coisa com as quais o *dasein* se relaciona Heidegger denominou de “seres simplesmente dados”. *Dasein* está aberto a possibilidades de criar seus próprios sentidos para a vida, a fim de alcançar sua existência autêntica.

A expressão ‘existência’, para Heidegger, não significa realidade ou aquilo que está no mundo, mas existência da forma como é tratada em Ser e Tempo, vem do verbo *ek-sistere*, *ek-existência*, e se compreende como aquilo que na verdade emerge, desvela. É uma relação com o fundamento que me possibilita ser. Existência: é o que fazemos com o nosso modo de ser, é o uso que damos aos nossos atributos. A *ex-sistencia*, para o filósofo, se constitui de três aspectos; A facticidade é o fato da presença *estar-aí* lançada no mundo sem opção prévia, sem poder escolher. Portanto, a presença é sempre um ser em situação no mundo.

A partir da facticidade a transcendência significa o projetar-se do homem além de si mesmo, é a ultrapassagem do *ser-aí* a ele mesmo e nesse modo de ser o *dasein* pode descobrir o sentido de sua própria existência e orientar suas ações nas direções mais diversas.

A decadência é o modo de ser no cotidiano, onde o *ser-aí* se afasta de sua singularidade do seu jeito próprio de ser e se lança pelo domínio do impessoal, pelo decair de si mesmo, ou seja, na inautenticidade. Esse modo deficiente de ser caracteriza-se, segundo Heidegger, pelo “falatório”, a “curiosidade” e a “ambiguidade.

Heidegger apresenta a questão do ser em sua instancia ôntica e ontológica. Afirma como ôntico, os fatos que interessam a uma investigação científica, é onde o ente se encontra velado, é tudo que é percebido de imediato; e o ontológico é o significado daquilo que é, do ser que funda a entidade, e que é o sentido do ser, ou seja, o ente em seu desvelamento é a fonte dos modos de ser (HEIDEGGER,2009).

O filósofo chega ao ser por meio de um ente privilegiado que se interroga por seu ser, e se compreende a si mesmo, sendo esse ente nós mesmos. Ele diz que “ente é tudo que falamos tudo que entendemos com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos” (HEIDEGGER, 2009, p.42). Portanto, na verdade a meta dele é o ser, mas, para falar do ser, ele teve que ir em busca da análise daquele ente cuja essência é ser, que é o homem. Heidegger (2009) estrutura o ente em dois tipos: o ente envolvente que são as coisas, os objetos e às vezes nós mesmos e o ente dotado do ser da presença que é o ser humano.

Para Heidegger, também são próprias do *ser* cotidiano a compreensão e a disposição para *ser-em*, traços manifestados através da discursividade. A disposição para *poder-ser* é ontológica e se dá a partir do humor, que pode se manifestar pela angústia, como abertura

autêntica, ou pelo temor, como fechamento inautêntico. Em Heidegger (2009, p.199), fenômeno do medo é analisado considerando três perspectivas: **o de que se tem medo, o ter medo e o pelo que se tem medo.**

Assim, “**o de que se teme-** ‘o amedrontador’, é sempre um ente que vem ao encontro dentro do mundo e que possui o modo de ser do que está à mão, ou do ser simplesmente dado ou ainda da *co-presença*”. Aquilo de que se tem medo possui o caráter de ameaça (Heidegger, 2009, p.200). **O ter medo-** libera a ameaça que, assim caracterizada, se deixa e faz tocar a si mesma. O ter medo também não constata primeiro o que se aproxima, mas, em seu ser amedrontador, já o descobriu previamente (Heidegger, 2009, p.200). **Pelo que se tem medo-** o conjunto de seus perigos, no abandono a si mesmo. (Heidegger, 2009, p.201). O temor em Heidegger manifesta-se nos modos do **pavor**, que é algo conhecido e que pode acontecer, **o horror** é algo desconhecido e que chega de repente e o **terror** é a junção dos dois é algo conhecido que chega de repente.

Dentre os modos que caracterizam o humano, destacam-se o ser de possibilidades no mundo cotidiano; a publicidade; a disposição para o temor e para a angústia; a decadência compreensiva e discursiva; a temporalidade, historicidade e transcendência; e o *ser-para-a-morte*. A angústia é o sentimento fundamental do ser humano como *ser-no-mundo*; é o princípio e origem de todos os outros (vontade, anseio, desejo, inclinação, impulso). A angústia para a morte em Heidegger é a possibilidade mais própria e irremissível e insuperável do *ser-aí* (Heidegger, 2009, p.326). A morte no cotidiano é vivida no modo de ser da inautenticidade, já que até se compreender a morte como possibilidade mais ela não é aceita como a possibilidade mais própria do *ser-humano do ser-aí*.

Heidegger propõe colocar o fenômeno em suspensão, realizando a *epoché* pela redução fenomenológica, para desvelar a essência (*eidós*) do fenômeno ao interpretar o ontológico velado pelo ôntico. Isso lhe propiciou descrever as diversas manifestações do sentido do ser, em todas as suas dimensões.

Por considerar que os seres humanos não são entes envolventes e sim entes dotados do ser da *pré-sença* e que suas atitudes, seus comportamentos, ou seja, o seu modo de ser, de vivenciar os fenômenos do cotidiano, não podem ser vistos como simples reações, é que, acredito, percorrendo os caminhos da fenomenologia e do pensamento Heideggeriano poderei, chegar à essência do fenômeno ao compreender e desvelar o *ser-mãe* que vivenciou o movimento existencial de uma nova gestação após a vivência de um óbito fetal. Para Heidegger (2009, p. 46/47), “sem dúvida, o questionar ontológico é mais originário do que as

pesquisas ônticas das ciências positivas. No entanto permanecerá ingênuo e opaco, se as suas pesquisas sobre o ser dos entes deixarem indiscutido o sentido de ser”.

4 O CAMINHAR METODOLÓGICO

4.1 O cenário

Esta pesquisa foi desenvolvida na maternidade de um Hospital Público Estadual de grande porte, credenciado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), localizado na cidade de Belém - PA. Escolhido por ser de referência para a internação na gestação e parto de alto risco e, em decorrência disso, agrupar um número maior de gestantes e puérperas com possibilidade de serem informantes do estudo. É um hospital de ensino que recebe acadêmicos de enfermagem, medicina, terapia ocupacional, fisioterapia e psicologia. Funciona com um total de 371 leitos, sendo, destes, 130 de maternidade distribuídos tanto nas clínicas de internação de gestantes de médio e alto risco quanto nas enfermarias de puerpério normal e patológico. Possui: centro obstétrico; berçário; unidade de tratamento intensivo neonatal; banco de leite humano; todos os equipamentos e serviços necessários para os procedimentos rotineiros e complementares; e trabalha com uma equipe multiprofissional. Considerou-se, ainda, o fato de a pesquisadora atuar como docente e enfermeira assistente nessa maternidade.

A pertinência da instituição como cenário do estudo foi analisada a partir do levantamento da atenção a mulheres face à ocorrência de natimortalidade mediante o qual foi possível a construção da seguinte série histórica: 2004 de 6.155 Nascidos Vivos (NV) - 5,58% de Óbitos Fetais (OF); 2005 de 5.487 NV- 5,03% de OF; 2006 de 5.912 NV- 6,29% de OF; 2007 de 6.099 NV- 5,65% de OF; 2008 de 5.272 NV- 6,24% OF; 2009 de 5.303 NV- 6,77% OF.¹²

4.2 As depoentes

As depoentes foram dezesseis mães que, após terem vivenciado um processo de óbito fetal, engravidaram novamente. Por ocasião da entrevista, essas mães poderiam estar gestantes no terceiro trimestre da gestação após o óbito fetal ou já terem tido seu filho vivo da gestação após o óbito fetal, independente do tempo cronológico decorrido desde a perda e do número de gestações e partos ocorridos antes e após a perda. As depoentes foram incluídas no

¹² (Dados fornecidos pela chefia do Serviço de Arquivo Médico e Estatística).

estudo, independente de raça, religião, condição sócio-econômica, situação conjugal, grau de instrução, profissão, tipo de parto ou local de residência. Os critérios de exclusão do estudo foram: mães com a tentativa de aborto tanto na gestação que culminou com o óbito fetal quanto na gestação atual, gestações em que a perda fetal aconteceu em idade gestacional inferior a 22 semanas, dificuldades de verbalização e deficiência e/ou doença mental que impossibilitasse a entrevista e menores de 18 anos não acompanhadas por seus responsáveis ou se não assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). Assim sendo, foram excluídas três mulheres por serem mentalmente especiais e uma por apresentar dificuldade de verbalização.

4.3 Captando os significados

Meu movimento factual em direção ao atendimento dos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos iniciou por ocasião da solicitação do campo da pesquisa. Para isso, o projeto foi encaminhado para avaliação à Diretoria de Ensino e Pesquisa da instituição cenário da pesquisa. Após essa anuência, em atendimento a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), MS, o projeto foi protocolado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Curso de Graduação em Enfermagem (Campus IV) da UEPA. Sendo aprovado em 11 de março de 2010 de acordo com o parecer nº015.10. (ANEXO 3)

De posse dos documentos de aprovação do campo de pesquisa e do CEP me dirigi à maternidade, mais precisamente às enfermarias de puerpério tanto de parto normal como de cesariana e a mais duas enfermarias que abrigam gestantes de médio e alto risco. Durante esse procedimento explicava quem seriam as depoentes do estudo e como eu pretendia abordá-las. Em seguida, procedia à leitura de todos os prontuários de cada enfermaria (aproximadamente 130 dependendo da ocupação dos leitos), para identificação das mulheres que contemplavam os critérios de inclusão, especificamente fazia uma leitura da ficha de Sistematização da Assistência de Enfermagem, visto que a mesma guarda informações quanto à ocorrência de natimortalidade.

Ao identificar nos prontuários possíveis depoentes da pesquisa, abordava-as em sua respectiva enfermaria de forma individual, primeiramente procurando confirmar a ocorrência do óbito fetal, visto que nem sempre os dados encontrados nos prontuários correspondiam à idade gestacional da perda a partir de 22 semanas de gestação e sim nas semanas iniciais da mesma. posteriormente através de uma conversa empática e informal explicava, de forma

clara e objetiva, a finalidade e os benefícios da pesquisa, assim como todos os procedimentos metodológicos da mesma e os seus direitos enquanto participantes do estudo. Após obter sua concordância livre e voluntária, perguntava em que dia, horário e local desejavam que se realizasse a entrevista. Todas as depoentes decidiram por acontecer ainda nas dependências da maternidade durante o seu período de permanência na mesma.

Os depoimentos foram obtidos mediante entrevista fenomenológica, para a qual é imprescindível o desenvolvimento do que chamamos de “ambientação”. É nessa etapa que através de um ou mais encontros, o pesquisador procura, por meio de uma conversa informal, descontraída e empática, reduzir os seus pressupostos sobre o tema e obter a aceitação e participação da possível depoente no estudo, bem como a compreensão adequada da questão orientadora da entrevista. Em virtude de ser docente e enfermeira da instituição cenário do estudo, não foi necessário desenvolver a fase de adaptação ao ambiente. Como o período de internação na maternidade para as puérperas é de no mínimo dois dias, e para as gestantes não é estipulado tempo de permanência, eu costumava visitá-las antes e depois da entrevista não só com o intuito de promover uma boa ambientação como também pela consideração nascida a partir do primeiro encontro.

As entrevistas só se iniciaram após a compreensão dos objetivos, dos benefícios, dos procedimentos metodológicos, da aceitação em participar da pesquisa e da assinatura do TCLE (APÊNDICE 1). Primeiro, eram registrados alguns dados de caracterização das depoentes e, em seguida, a questão orientadora da entrevista: “Como está sendo para a senhora a experiência de outra gestação, depois de ter perdido um bebê?” (com as gestantes). “Como foi para a senhora a experiência de outra gestação, depois de ter perdido um bebê?” (com as mulheres que já tinham tido o filho) (APÊNDICE 2).

As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante aceitação das depoentes, pela necessidade de garantir todas as falas na íntegra. Aconteceram em horários variados (tarde e noite, de segunda a segunda conforme escolha das depoentes). No intuito de garantir rigor ético e metodológico, foi respeitado, por ocasião do início da entrevista, os horários de banho (mãe e bebê), refeição, sono e repouso (mãe e bebê), medicação, visita médica, exames, mamada, foi dada preferência para a hora em que o bebê estivesse dormindo, assim como foi valorizada a presença da acompanhante para ficar com o bebê na ocasião da entrevista. As entrevistas aconteceram de forma individual, em local privado, climatizado com o devido conforto, respeitando o tipo de parto a que foram submetidas e com data e hora acordados entre pesquisador e pesquisadas. Foram obtidas na sala de prescrição médica; sala de exames:

sala de realização de ultrassonografia; sala do conforto da enfermagem; e sala de guarda de material limpo. Somente três pacientes optaram por fazer no próprio leito. Não foi estabelecido tempo para sua realização, duraram, em média, de cinco a vinte minutos. Após deixar o local, foram feitos registros escritos de questões relevantes de interesse da pesquisa. No intuito de garantir-lhes o anonimato as depoentes, foram atribuídos pseudônimos (nomes de flores, autoescolhidos em uma lista previamente elaborada, (APÊNDICE 5).

O número de entrevistas não foi estipulado, visto que o que importa é a vivência projetada nas falas mediante os significados revelados. A etapa de campo se concluiu quando estes significados mostraram a possibilidade de responder ao objetivo do estudo, não mais sendo necessário captar novas manifestações. Em todos os passos da pesquisa foram obedecidas às normas da Resolução n° 196/96 do CNS/MS que normaliza a pesquisa com seres humanos. Essa Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, as quatro referências básicas da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996. p.1).

O meu movimento de retorno ao hospital com o objetivo de identificar as novas internações acontecia duas vezes por semana, no horário noturno, visto o fato desse horário ser mais tranquilo, pela redução do número de funcionários e acadêmicos que manipulavam os prontuários e por eu ser enfermeira da referida maternidade no plantão noturno o que, sem dúvida, facilitou a familiaridade com o ambiente e os funcionários e o acesso aos espaços da pesquisa (enfermarias e locais da entrevista). Esses encontros aconteceram no período de Abril a Setembro de 2010.

4.4 Historiografia das depoentes “o quem”

Na primeira aproximação às depoentes do estudo, “mães que engravidaram após óbito fetal” busquei a resposta à questão do “quem” da presença cotidiana. Por que desvelar o sentido deste *ser* no mundo perpassa não só pela apreensão do seu *ser-si-mesmo*, no seu mundo próprio de ser mãe que vivenciou outra gestação. Adentrar na dimensão existencial envolve inicialmente, o conhecimento de algumas referências significativas que a situam no mundo circundante e que complementam e subsidiam a análise de seus modos de ser no mundo público. Heidegger (2009) revela a importância metodológica desta descrição quando expõe que;

O modo de ser da presença dentro do mundo diferencia-se da manualidade e do ser simplesmente dado. O mundo da presença libera, portanto, entes que não apenas se distinguem dos instrumentos e das coisas, mas que, de acordo com seu modo de ser ‘são’ e ‘estão’ ‘no’ mundo (...) este mundo já é previamente sempre o meu”. (HEIDEGGER, 2009, p.174)

Portanto, as mães depoentes do estudo são *ser-no-mundo-com-os-outros*, ou seja, se relacionam com os outros seres humanos, junto ao mundo ocupado, chamado mundo circundante. Esse conviver permite que o ser-mãe congregue um conjunto de referências que o identificam na convivência cotidiana, ou seja, como são ou se tornam conhecidos no mundo de todos, inclusive para o mundo da ciência. Assim, a análise compreensiva e interpretativa do modo de *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal*¹³ é introduzida mediante quadro analítico e descrição que de-monstra “quem” são e “onde” estão estas mães, tanto no mundo circundante como no mundo público.

¹³ Todas as vezes que o conceito de “ser-mãe-que-engravidou-após-obito-tetal” aparecer no texto será grafado e hifenizado fundado no pensamento de Martin Heidegger.

QUADRO 1: Caracterização das depoentes, Belém-Pa, 2010.

| Depoente | Idade | S.cunju | Escolarid. | Profissão | Religião | Resid. | IG | T.parto | Sexo | GPA | Pré-natal | Inter. gestacional |
|------------|-------|----------|------------|------------|----------|--------|-------|---------|-----------|---------|-----------|--------------------|
| Margarida | 28 | casada | Fundam. | do lar | católica | urbana | 38 s. | Vaginal | feminino | 3 -3 -0 | Sim | 1 ano |
| Girassol | 18 | casada | Fundam. | do lar | evang. | rural | 34 s. | Vaginal | feminino | 2 -2 -0 | Sim | 8 meses |
| Tulipa | 27 | casada | Médio | do lar | católica | urbana | 40 s. | Vaginal | masculino | 3 -3 -0 | Sim | 6 anos |
| +Helicônia | 24 | casada | Fundam. | do lar | católica | urbana | 7m. | Vaginal | masculino | 4 -3 -0 | Sim | 2 anos |
| Rosa | 26 | estável | Médio | T. admin. | católica | urbana | 39 s. | Cesarea | feminino | 2 -2 -0 | Sim | 1a. 7m. |
| +Lavanda | 28 | estavel | Fundam. | do lar | católica | urbana | 7m. | Vaginal | masculino | 4 -3 -0 | Sim | 5 meses |
| Orquídea | 18 | solteira | Fundam. | estudante | católica | urbana | 38 s. | Cesarea | masculino | 2 -2 -0 | Sim | 6 meses |
| +Hortênci | 20 | casada | Fundam. | do lar | evang. | rural | 7m. | Vaginal | feminino | 3 -2 -0 | Sim | 6 meses |
| Carmélia | 37 | estavel | Médio | do lar | católica | urbana | 37 s. | Cesarea | masculino | 5 -4 -1 | Sim | 1 ano |
| Violeta | 23 | estavel | Fundam. | estudante | católica | urbana | 41 s. | Cesarea | masculino | 2 -2 -0 | Sim | 2 anos |
| Crisantemo | 34 | casada | Médio | alimentos | católica | urbana | 37 s. | Cesarea | feminino | 4 -4 -0 | Sim | 3 anos |
| Petunia | 21 | casada | Fundam. | do lar | católica | urbana | 39 s. | Cesarea | feminino | 4 -4 -0 | Sim | 3 meses |
| Dália | 29 | estavel | Médio | do lar | católica | urbana | 38 s. | Vaginal | feminino | 3 -3 -0 | Sim | 2 meses |
| *Jasmin | 36 | casada | Médio | c.político | católica | rural | 37 s. | ? | masculino | 3 -2 -0 | Sim | 5 anos |
| *Papoula | 23 | estavel | Fundam. | do lar | católica | urbana | 37 s. | ? | masculino | 5 -2 -2 | sim | 2 meses |
| Kattleya | 23 | estavel | Fundam. | do lar | católica | urbana | 38 s. | Cesarea | masculino | 5 -4 -1 | Sim | 4 anos |

Fonte: entrevistas da pesquisa aprovada pelo CEP em Março de 2010.

+Gestantes, mas não da gravidez seguinte ao óbito fetal e sim de outro processo gestacional.

*Gestantes após o óbito fetal

GPA (Gesta Para Aborto)

Todas as dezesseis mães participantes do estudo foram nomeadas com pseudônimos de flores, não só para garantir-lhes o anonimato, mas, também, em homenagem à beleza e sensibilidade femininas. Dessas, quatorze já tinham tido o filho vivo da gestação posterior ao óbito fetal, sendo que onze se encontravam no período puerperal, três eram gestantes mas não da gestação seguinte ao óbito fetal e sim de outro processo gestacional, isto é, já haviam engravidado e parido o filho vivo da gestação posterior ao óbito fetal, e somente duas das dezesseis encontravam-se gestantes do processo gestacional posterior ao óbito fetal. A idade das depoentes variou entre 18 e 37 anos. Quanto à situação conjugal, nove eram casadas, seis se encontram na situação de união estável e somente uma era solteira. O grau de instrução variou entre o ensino fundamental incompleto e o ensino médio completo. Onze eram trabalhadoras do lar, quatorze relataram pertencerem à religião católica, três residiam na área rural e treze residiam na área urbana da cidade de Belém - PA. A idade gestacional que pariram seus filhos vivos da gestação seguinte ao óbito fetal foi entre 34 e 41 semanas de gestação, sendo que duas encontravam-se na iminência do parto, com 37 semanas de idade gestacional. Sete foram submetidas à cesariana e sete tiveram seus filhos de parto vaginal da gestação seguinte ao óbito fetal e duas eram gestantes. Quanto ao sexo dos bebês da gestação seguinte ao óbito fetal, sete eram do sexo feminino e nove do sexo masculino. Dessas mães, quatro se encontram na segunda gestação, cinco na terceira, quatro na quarta gestação e três na quinta gestação. Todas realizaram o pré-natal. Considerando o intervalo intergestacional, essas mulheres levaram de dois meses a seis anos após a perda para engravidar novamente.

5 A ANÁLISE NO MÉTODO HEIDEGGERIANO

A trajetória metodológica descrita por Martin Heidegger (2009) para análise fenomenológica apresenta-se descrita em dois momentos à análise compreensiva; O primeiro momento metódico é chamado de ‘compreensão vaga e mediana’ e; o segundo momento metódico da análise interpretativa é chamado de ‘hermenêutica’.

Iniciando o primeiro momento metódico e com o objetivo de atender ao rigor do método, me aproximei das depoentes, no modo de *ser-com* e me interessei por aquilo que elas vivenciaram, pois no seu relato estaria contido e velado o sentido que elas atribuíam às situações que viveram. Para isso, perguntei às mães sobre seu vivido e elas responderam, significando o perguntado. Desse modo, obtive **a descrição** do que se passou do ponto de vista das mães que viveram a situação concreta de gestar novamente após a ocorrência de um óbito fetal.

Após a transcrição e organização de todo o material obtido dos relatos, foram realizadas sucessivas leituras com vistas a obter familiaridade com o texto que descrevia o vivido e identificar os significados nele contido. Assim, foi feito individualmente com todos os depoimentos, no intuito de captar e separar as partes da **descrição** que são consideradas essenciais, ou seja, que têm significações existenciais concretas e que respondem às interrogações do objeto do estudo, das partes da descrição que não atendem ao objeto de estudo e que não têm significações existenciais (segundo Heidegger 2009, casuais e/ou acidentais). Essa fase é chamada de **redução fenomenológica**. É necessário desenvolver nesta fase um comportamento atento em todos os sentidos, incorporar uma sintonia com o ouvir, o sentir, o ler, o pensar, para não excluir o que é essencial. Assim, imaginam-se as variações que o fenômeno poderia alcançar, chegando-se àquilo que não poderia ser retirado sem eliminar o próprio fenômeno - o essencial. Neste momento, é crucial pensar que o desvelamento do fenômeno não acontece na totalidade, pois há, sempre, facetas que permanecem veladas, como também não permitir que os nossos pressupostos, crenças, atitudes acerca do objeto de estudo possam influenciar no processo de análise.

Com base no rigor metodológico Heideggeriano, foi realizada a purificação do fenômeno mediante a redução daquilo que é ocasional e, assim, foram captados os significados essenciais expressos nas falas das mães, ou seja, a compreensão do fato possibilitando a construção de cinco unidades de significação, como componente do primeiro momento metódico da compreensão vaga e mediana.

O segundo momento da análise em Heidegger é a interpretação, também denominada de ‘hermenêutica’, ou análise interpretativa que consiste em desvelar o sentido que se encontrava velado no significado aparente, que emergiu da compreensão vaga e mediana, ou seja a hermenêutica está ligada a facticidade, visto que ela corresponde ao ser do viver fático, ao próprio existir questionado sobre o seu caráter de ser . Desvelar o sentido do ser mãe que vivenciou uma gestação após óbito fetal, mas que engravidou novamente, objetivo desta investigação, foi alcançado mediante a interpretação fenomenológica com base no pensamento de Martin Heidegger. A seguir, apresento a análise propriamente dita dos dois momentos metódicos.

5.1 A compreensão vaga e mediana - primeiro momento metódico: significados de mães que engravidaram após óbito fetal

O método heideggeriano que propõe uma análise interpretativa sobre o sentido do “ser” oportunizou, em seu primeiro momento metódico, alcançar a compreensão factual de uma interrogação, neste estudo, o “significado para a mãe de vivenciar uma gestação após óbito fetal”. Essa compreensão é chamada de ‘vaga e mediana’, por ser ainda uma compreensão imediata, de tudo que se percebe, ela favorece uma primeira aproximação ao fenômeno estudado, é uma instancia ôntica, na qual o ente se encontra encoberto por manifestações que ainda velam o fenômeno. Heidegger (2009) expõe que a compreensão é um modo de ser fundamental da presença e nesse modo de ser a presença possui sempre abertura para possibilidades. Assim sendo, as mães do estudo, mediadas pela empatia, abriram-se para essa possibilidade e falaram de sua vivencia, significando o seu vivido.

A partir da abertura dada às mães para falar da sua vivencia de engravidar novamente após ter passado um processo de óbito fetal, compreendi que o universo ôntico do vivido onde residem os fatos em sua totalidade foi amplamente expresso através dos discursos, gestos, pausas, sentimentos e pensamentos que se mostraram. A escuta e a leitura atenta dos depoimentos permitiu-me captar nos significados da compreensão vaga e mediana o modo de ser revelado em suas falas. Nessa fase analisa-se o que foi anunciado pelas manifestações que velavam o fenômeno.

Inicialmente, as cinco unidades de significado foram constituídas na linguagem das depoentes e foram denominadas de: **“lembrar dos fatos relacionados à perda do filho**

descrevendo o sofrimento que passou; sentiu muito medo e não queria engravidar, mas depois de algum tempo, engravidou; viver a gestação com preocupação, insegurança, apreensão e vigilância comparando com a perda anterior; a necessidade de ter pessoas ao seu lado, para enfrentar a gestação; viver um desafio, difícil de superar, mais que trouxe felicidade, com o bebê ao seu lado, está tudo bem.” Estas unidades estão apresentadas na forma descritiva contendo trechos e períodos considerados significativos (essenciais) e que foram identificados como ilustrativos das manifestações de vivência das mães estudadas. Posteriormente, transformadas em expressões próprias do discurso que sustenta o que está sendo buscado.

Ainda sem assumir uma postura interpretativa do fenômeno, me dediquei a reler as questões norteadoras na busca de apreender a significância de sua vivência e, assim, das cinco **unidades de significação**, compreendi que:

O SER MÃE QUE VIVENCIOU UMA GESTAÇÃO APÓS UMA PERDA FETAL EXPRESSOU...

5.2.1... lembrar dos fatos relacionados à perda do filho descrevendo o sofrimento que passou...

“... Quando eu perdi ele, foi assim, eu perdi, né? Aí eu vim, bati uma ultra som, aí deu que ele tava morto, aí tá, eu tive ele, fiquei muito triste, chorei bastante, ainda não me conformei até hoje, a senhora viu que eu falo muito sobre ele, geralmente quando as mulheres perdem um filho assim, elas nunca contam com o que tiveram morto, só o que tá vivo, eu não, toda vez digo que tenho três só que um eu perdi, um morreu...” (Margarida)

“... toda hora eu ficava lembrando, lembrava dela... eu fiquei com aquilo na cabeça, eu não esqueço nunca tudo que passei porque eu perdi o primeiro... Desde o primeiro mês, ficava pensando se ia nascer vivo, se ia nascer morto, aí eu pensava, eu chorava às vezes (silêncio) sozinha, eu chorava sozinha (silêncio)... nunca esqueço de nenhuma das duas, a outra também era menina... fico triste pensando só comigo não falo pra ninguém (silêncio) eu sinto sentimento como se fosse hoje que tivesse perdido... quando eu perdi ela, eu me sentia só, abandonada...” (Girassol)

“... Depois que eu perdi os gêmeos... eu fiquei com aquilo na cabeça...” (Tulipa)

“... Eu perdi minha filha, foi um trauma muito grande na minha vida, o que eu mais queria era ter uma filha, né? Eu não pude ter... eu sofri muito, chorei muito...” (Helicônia)

“... Eu me lembro quando perdi, eu passei no acompanhamento psicológico, eu desabei, nesse dia foi muito pesado pra mim, nesse dia, ela dizia ‘não, fique assim, você é nova vai ter a próxima...’ (Rosa)

“... Eu passei seis meses, né? fiquei grávida... aí eu pensava em tudo que já tinha acontecido, todo sofrimento que eu passei quando perdi o meu filho...” (Hortêncina)

“... O meu primeiro filho eu perdi com nove meses, aí complicou né? Mas eu fiquei consciente porque têm mães que ficam coisa da cabeça, né? A médica que fez meu parto conversou comigo tudinho, eu chorei muito me desesperei na sala, eu queria carregar ele, ela não deixou...” (Violeta)

“... Já passei por isso por três perdas de filho, perdi o primeiro deixei passar um tempo engravidei de novo, perdi o segundo, aí eu não queria mais ter filho, engravidei novamente e perdi o terceiro...” (Crisântemo)

“... Quando eu descobri que eu tava grávida dela, eu chorei no começo, eu chorei de vim à lembrança da perda, né?... Porque a primeira vez foi difícil, né? dói... Aí, quando eu descobri que tava grávida, a primeira coisa que veio, será que eu vou perder de novo? (chora e depois continua falando e chorando)... imagina que vai vir de sete meses de nove, quando acaba veio de sete e ainda morto (parou de chorar)... Aí quando começou a dor veio um filme na cabeça com a lembrança de tudo que passei...” (Dália)

“... Quando eu fiquei grávida do primeiro filho, é claro que a gente tem uma esperança de dar tudo certo né? Mas no momento, no dia que aconteceu a perda, eu estava em casa quando senti assim tipo um arrepio no meu corpo e no momento eu tive um susto, até então ficou comprovado que eu tinha perdido o meu bebê do susto... médico disse você vai passar

dois anos para engravidar, aí eu passei dois anos para engravidar. O primeiro foi a Milena depois veio o Vitor Hugo, tudo começou, aí eu comecei a fazer tratamento e tal, como eu sabia que do primeiro foi o susto, eu não acharia que o segundo eu fosse perder. Então fiz todo o tratamento o pré-natal tudo como deveria fazer, tinha cuidado com tudo, até na minha alimentação, aí quando foi na reta final mesmo, nos nove meses eu cheguei pra ter o bebê, bati uma ultrassom bebê morto, feto morto, aí foi difícil pra mim, fiquei desesperada... Tá, tive o bebê morto normal também. Porque é um sofrimento você ter dois filhos mortos normal, você saber que tá derramando uma lágrima, sentindo dor e o filho nascer morto. Você preparar o cantinho do seu bebê, esperar o momento de estar com ele e dar tudo errado...” (Jasmim)

“... eu não tive dor, não tive sinal de parto, a única dor que eu sentir foi só uma dor que veio, uma dor que já era tarde, já tinha descolado a placenta, eu vim pra cá e já era tarde, não tinha como recuperar... foi muito ruim o que eu passei quando perdi ela...” (Papoula)

Essa unidade de significação mostrou que as mães vivenciaram a nova gestação a partir das lembranças da gestação que culminou com o óbito fetal, recordando os momentos e sentimentos vividos por ocasião da perda, descrevem o vivenciar de um sofrimento muito intenso, um momento de sua vida muito difícil, uma experiência muito ruim, uma passagem desesperadora, um trauma muito grande que jamais será esquecido, que desabaram nesse dia, que não vão esquecer nunca tudo que passaram, pois tem sentimento como se fosse hoje, e que ainda não se conformaram com o acontecido, por isso ainda falam muito do filho que perderam e totalizam o número de filhos nascidos contando com o que veio a óbito.

Ao recordarem, elas fazem menção ao sexo do bebê, ao tempo gestacional que eles se encontravam quando foram a óbito, o exame que diagnosticou a morte fetal, o tipo de parto a que foram submetidas, o nome que seria dado ao bebê, a impressão diagnóstica da internação e provável causa da morte, aos sintomas que apresentaram, a arrumação do cantinho do bebê. Essas mães, quando engravidaram e/ou foram parir, relatam que todas as lembranças voltaram e tudo passou como que um filme em sua mente, recordando todos os momentos de dor e sofrimento vivenciado e, ao recordar esses momentos, choravam, ficavam tristes e sentiam-se solitárias.

O SER MÃE QUE VIVENCIOU UMA GESTAÇÃO APÓS UMA PERDA FETAL EXPRESSOU...

5.2.2 ...sentiu muito medo e não queria engravidar, mas depois de algum tempo, engravidou...

“... Aí foi assim quando eu perdi, eu disse que não queria mais outro filho, porque eu tenho problema, sou diabética, minha gravidez é de alto risco, aí pra não passar por tudo de novo, eu falei não quero mais. A gente nunca sabe o que Deus quer, a gente não sabe, né? Aí passou um ano, eu peguei outra gravidez eu não tava esperando, não foi desejada, aconteceu, fiquei grávida, então pronto, vamos ver, né? o que vai dar, né?... Deus deu, eu aceitei...”
(Margarida)

“... do primeiro eu não tinha medo, aí depois que eu teve o primeiro eu fiquei com medo... eu tinha vontade de engravidar (pausa) aí depois não tinha (pausa) aí eu ficava pensando assim (pausa), aí o meu marido queria (pausa) às vezes eu pensava, pensava... ao mesmo tempo eu ficava com medo...” (Girassol)

“... Depois que eu perdi os gêmeos, eu comecei a tomar remédio, porque eu não queria engravidar. Eu passei seis anos sem engravidar, eu fiquei apreensiva de engravidar de novo e perder e principalmente se fosse dois, porque eu e o meu marido temos na família, eu fiquei com mais medo ainda de engravidar e vim dois de novo e perder os dois eu fiquei com aquilo na cabeça... passou um ano e ele pedia um filho, passou dois, três anos e o meu marido pedia um filho...” (Tulipa)

“... aí eu disse pra mim eu não quero mais filho, não quero mais isso pra mim, sofri muito, chorei muito. Procurei não engravidar, tomei remédio dois anos, aí um dia me deu um sangramento, aí o médico pediu para fazer uma ultrassonografia, porque achava que eu tava grávida, aí eu disse, não tô grávida, não quero filho, eu disse que não queria mais ter filho porque eu poderia passar pelo mesmo problema... eu já começava a aceitar, mas tinha medo de perder mais um, ficava numa luta comigo, eu tinha medo (pausa). Aí depois eu comecei a aceitar...” (Helicônia)

“... Eu passei cinco meses pra engravidar depois que eu perdi, pra mim foi um período difícil, porque no início eu queria por causa do meu marido, mas não queria porque tinha medo, porque o outro tinha morrido, porque quem ia sofrer era eu, mesmo assim eu engravidei. Mas foi uma gravidez que no início eu não tinha vontade de ter, eu não queria, sabia que era complicada devido à minha saúde, tinha muito problema não queria, não queria... depois fui me apegando ao bebê, assim, eu acho que já estava com cinco meses, aí comecei a gostar, sentir mexer, fui me apegando olhando coisinhas de nenê, fui começando a gostar imaginando que ia nascer...” (Lavanda)

“... No meu caso, eu não queria engravidar de novo, pelo fato de eu ter passado tudo aquilo, tanta dor e sofrimento e aí eu ficava com medo pelas duas coisas... aí eu queria operar pra não ter mais filho, porque eu tenho medo de engravidar de novo e perder... Tinha medo bastante, não é justo ficar tendo e morrendo, eu não queria mais... o médico disse para eu evitar de engravidar, porque nenhum dos meus filhos ia vingar...” (Orquídea)

“... Eu passei seis meses, né? Fiquei grávida, fiquei com medo, porque foi um tempo muito pequeno, muito pequeno mesmo, meu esposo ficou também com medo né? Mas fazer o quê? Eu já tava grávida, aí eu pensava em tudo que já tinha acontecido, todo sofrimento que eu passei quando perdi o meu filho, mas confiei em Deus, sou evangélica e acredito que na vida só acontece o que Deus quer que aconteça com a gente, tinha medo, mas ao mesmo tempo ficava confiante acreditando em Deus.” (Hortência)

“... Depois de um ano que eu perdi eu engravidei de novo, só que minha gravidez sempre foi de alto risco porque tenho problema de pressão alta durante a gravidez, mas no começo da gestação deste meu filho eu não queria, porque minha última filha tem sete anos e eu já tenho trinta e sete anos, então eu não queria... eu não queria cuidar de bebezinho... mas depois, eu fui aceitando a minha gravidez... mas com o tempo assim a gente vai se acostumando, com o nenê na barriga da gente, com a ideia, com tudo” (Camélia)

“... Depois que aconteceu de eu perder o nenê, se passaram dois anos até eu engravidar de novo. A minha gestação não foi programada, ela aconteceu, meu marido e eu estávamos com dificuldade financeira, ficamos preocupados, mas decidimos aceitar a gestação e ter o bebê...” (Violeta)

“... Já passei por isso por três perdas de filho, perdi o primeiro, deixei passar um tempo, engravidei de novo, perdi o segundo, aí eu não queria mais ter filho, engravidei novamente e perdi o terceiro, aí eu disse que não queria mais filho... deixei nas mãos de Deus e disse que se Deus quisesse que eu engravidasse eu ia engravidar...” (Crisântemo)

“... Eu perdi o meu nenê com sete meses né? aí quando foi com três meses depois eu fui manter relação com o meu marido sem camisinha, não tomei remédio, não tomei nada, aí eu engravidei da nenê, aí quando eu engravidei dela, huumm, tomei um choque muito grande fiquei muito assustada, porque o medico falou que eu não podia engravidar de novo, porque já era a terceira cesárea, ia ser a quarta com essa, aí ele falou que não era pra mim engravidar, mas aí como eu já tinha engravidado né? eu não ia tirar, eu falei eu não vou tirar já engravidei eu vou ter...” (Petunia)

“... Quando eu descobri que eu tava grávida dela, eu chorei no começo, eu chorei de vim à lembrança da perda, né? Essa gravidez aconteceu por acontecer, não porque eu queria, eu tava me preparando pra operar pra não ter mais, foi quando eu descobri que tava grávida novamente... Quando eu descobri que eu tava grávida dela, eu chorei no começo, eu chorei de vim à lembrança da perda, né?...” (Dália)

“... Pra mim logo no começo foi de medo, porque como aconteceu no ano passado, ainda tá muito recente... era pra mim voltar no médico depois de dois meses pra fazer exames devido eu ter perdido muito sangue, não tinha como tomar anticoncepcional, aí quando eu vim fazer, fiz primeiro o teste de gravidez e deu positivo (silencio)... agora não sei se foi sorte, se foi milagre pra eu ter engravidado de novo...” (Papoula)

“... era o primeiro filho do meu marido, então a ansiedade era mais dele assim do que minha, porque eu já tinha dois filhos, um casal, ele por ter quarenta e cinco anos ele tinha aquele negócio de querer ter um filho, querer ter um filho, já tava ficando velho não tinha nenhum filho. Do primeiro casamento dele nasceu morto, aí ele ficou comigo e nasceu morto de novo, ele tava com aquele trauma e aquilo me deixava mais preocupada ainda...” (Kattleya)

Essa unidade de significação revelou que as mães que vivenciaram uma gestação após óbito fetal, não queriam engravidar, não queriam ter outro filho, com medo de passar por tudo de novo. Porém, a maioria dessas mães não se preocupou em usar métodos contraceptivos para evitar a gravidez, que atendessem ao seu objetivo de não engravidar e, assim, depois de algum tempo, que variou de dois meses a seis anos, engravidaram novamente. A gestação aconteceu de forma inesperada e, as mães manifestaram que a reação imediata diante da notícia foi de susto, medo, choro, choque, negação, por se verem perante um acontecimento que não foi programado, que não foi desejado. Algumas acreditam que a gravidez foi enviada por Deus, que na vida só acontece o que Deus quer, pois Ele sabe o que faz e se conformam com o acontecido.

Sob o impacto da perda e com medo de engravidar de novo algumas até pensaram e pretendiam realizar cirurgia para não ter mais filhos, porém a gravidez aconteceu precocemente e não deu tempo para tal propósito. Algumas engravidaram influenciadas pela opinião do marido que queriam um filho, que pediam um filho, o que certamente acentuava sua responsabilidade e sua preocupação pela condução de uma gravidez saudável e o nascimento de um filho vivo. Parece que essa situação em geral acarretava instabilidade física e emocional materna, proporcionando um estado de maior ansiedade.

Uma das preocupações expressas pelas mães como explicação para não querer engravidar, residem na possibilidade do seu problema de saúde preexistente (diabetes/hipertensão/ginecológico) trazer consequências negativas para a gestação e consequentemente afetar a saúde e/ou vida do bebê. O não querer engravidar emerge também associado a outros fatores, como: as dificuldades financeiras; a orientação médica para não engravidar; o tratamento de distúrbios ginecológicos; a idade materna avançada; o trauma de duas e de três perdas seguidas. Por tudo que viveram, e pela diversidade de fatores atuais, essas mães sentiam-se amedrontadas e em situação de risco, diante de uma nova gestação com possibilidade de reviver todo o sofrimento que já foi por elas vivenciado, o que aumentava consideravelmente o medo de engravidar de novo.

Ficou evidente que, mesmo não querendo engravidar, em nenhum momento revelaram desistir da gestação, ao contrário, resolveram aceitar e assumir, mesmo com a possibilidade de passar por tudo de novo. No início da gestação, não têm vontade de ter o filho, mas que depois de certo tempo vão se acostumando com a ideia, começam a gostar, e, então, se veem pegando coisinhas de bebê, sentem os movimentos fetais, vão se acostumando com o nenê na

barriga, ou seja, percebe-se que conforme o desenvolvimento da gravidez e do bebê elas aceitam a gestação e iniciam um processo de desenvolvimento de apego ao filho.

O SER MÃE QUE VIVENCIOU UMA GESTAÇÃO APÓS UMA PERDA FETAL EXPRESSOU...

5.2.3... viver a gestação com preocupação, insegurança, apreensão e vigilância comparando com a perda anterior...

“... Eu fiquei com muito medo, qualquer coisinha (pausa) eu pensava muito no outro, eu ficava com medo de acontecer alguma coisa de novo e eu perder, qualquer coisa que me dava, assim, não mexia um dia, eu ficava agoniada... aí eu internei lá em baixo, fiquei tomando pílula, foi mês passado, aí depois eu fiquei com mais medo, mais preocupada, porque a nenê não mexia, se ela não mexesse pelo menos um dia eu ficava logo preocupada... Eu ficava pensando na hora do parto, se podia acontecer alguma coisa, ela morrer, acontecer alguma complicação, eu ficava com muito medo (pausa)... a gestação toda eu chorava bastante, chorava muito no banheiro com medo de acontecer tudo de novo... eu ficava com muito medo e perguntava, será que eu vou passar por tudo de novo? Será que vai acontecer tudo de novo? Morrer igual o outro, eu sempre fiquei com medo, até agora eu ficava com medo... durante o parto eu ficava nervosa, eu chorava e dizia que era por causa da dor, mas não era, era o medo de eu morrer, ela morrer... depois que ela nasceu eu fiquei mais aliviada, porque ela ficou direto comigo, graças a Deus, não precisou ir pro berçário, veio comigo, mas o medo nunca passa, tem o medo de eu perder ela... eu tive uma gravidez calma a dela, a do outro que morreu foi ruim... o outro foi uma gravidez desejada, eu queria muito, aconteceu dele morrer (pausa) e essa que não foi planejada... eu queria muito uma menina, o outro era um menino, mas muito desejado...” (Margarida)

“... do primeiro eu não tinha medo, aí depois que eu tive o primeiro eu fiquei com medo ficava com medo de perder de novo... desde o primeiro mês ficava pensando se ia nascer vivo, se ia nascer morto, aí eu pensava, eu chorava às vezes (pausa)... fiz todo o pré-natal, todos os exames, eu tava com oito meses, de madrugada começou a dor... Comecei a sangrar, aí eu ficava com medo, com medo de perder o outro... aí aqui quando foi nove horas da noite eu tive ela, aí ficava sempre aquela preocupação até agora... Vou sempre lá (berçário), perto

dela eu fico mais alegre, mas fico com medo assim (pausa). Não sei quando ela sai, vão fazer um exame nela, se atestar mais alguma coisa (pausa), eu fico sempre preocupada, sempre com medo de perder essa... perdi o primeiro no dia que eu completei sete meses, à segunda nasceu fora do tempo de oito meses...nunca esqueço de nenhuma das duas, a outra também era menina....” (Girassol)

“... Eu passei seis anos sem engravidar, eu fiquei apreensiva de engravidar de novo e perder e principalmente se fosse dois, porque eu e o meu marido temos na família, eu fiquei com mais medo ainda de engravidar e vim dois de novo e perder os dois... eu ficava mais com medo de ter engravidado e perder esse também... quando ele tava mexendo pouco, eu ficava apreensiva com vontade de vim pra cá (Hospital)... eu consultava no Posto de Saúde x, só que pedi transferência pra cá para ser melhor acompanhada... foi mais complicado nos últimos dias, fiquei muito apreensiva, porque tenho problema neste pé (apontou o pé direito), que andando ele torceu, ficava com medo de andar sozinha na rua, sair para o médico, aí eu pedia para o meu marido “vai na taberna, no supermercado”, não ficava só em casa, não carregava peso, não fazia coisa pesada, só fazendo as coisas leves com medo de tudo, apreensiva para não ter risco de acontecer nada para o bebê... Graças a Deus deu tudo bem minha gestação” (Tulipa)

“... tinha medo de perder mais um, ficava numa luta comigo eu tinha medo (pausa)... Da minha filha a que morreu não passei nada, foi tudo bem, desse um eu passei mal... começou a me dar de novo hemorragia, principio de aborto, aí fiquei internada, comecei a passar com a psicóloga chorava muito, fiquei muito magra, muito doente a minha gravidez todinha do meu filho foi depressão a gravidez todinha... nessa gravidez passei momentos de horror que eu nunca imaginava que ia passar... o meu parto foi muito sofrido, eu sofri muito pra ter ele, me deu pressão alta, tomei muito remédio, colocaram aparelho em mim. Aí graças a Deus meu filho nasceu, aí começou outra luta com ele, o médico falou que ele não ia resistir, que ele era muito pequenininho, colocaram um monte de aparelho e tubos nele, eu chorava muito, mas, graças a Deus, ele resistiu... o sofrimento maior foi pensar que eu olhava pra ele e imaginava, vou perder mais um filho, não vou aguentar, se perder mais um filho eu vou morrer (chora).” (Heliconia)

“... na minha gestação passava muita coisa na minha cabeça, principalmente em casa qualquer coisinha me preocupava, qualquer esforço doméstico eu evitava, qualquer coisa que eu sentia eu pensava, pensava, ficava preocupada (pausa)... Apesar do médico dizer que estava tudo bem, qualquer coisinha que eu sentia qualquer enjoo eu procurava o médico, até aqui eu vim parar na triagem para escutar o bebê três vezes... só de lembrar que depois de dois anos poderia sofrer mais uma vez... eu ficava lá em casa pensando até fazer nove meses, ficava pensando se vinha normal, se tava mesmo tudo bem...” (Rosa)

“... no início eu queria por causa do meu marido, mas não queria porque tinha medo, porque o outro tinha morrido, porque quem ia sofrer era eu... aí eu tive dor com sete meses, me levaram para o hospital e eu tive ele, fiquei com ele doze dias na incubadora, eu achava que ele não escapava não...” (Lavanda)

“... mas eu ficava com medo e falava pra minha mãe ‘eu vou perder esse também’... aí eu ficava pensando, pensando, até na hora do parto tinha medo do nenê morrer... tinha medo bastante, não é justo ficar tendo e morrendo, eu não queria mais. Durante os nove meses eu não comprei nada pro nenê, minha mãe dizia ‘se nascer vivo a gente compra’... eu só tô um pouco triste porque ele ainda tá aqui (aponta para a fototerapia)...” (Orquídea)

“... aí eu pensava em tudo que já tinha acontecido... quando perdi o meu filho... tinha medo, mas ao mesmo tempo ficava confiante acreditando em Deus... a minha gestação foi tudo bem até os seis meses e meio quando senti dor e me trouxeram pra cá, aí a bolsa rompeu e não teve mais jeito a nenê nasceu com um quilo e trezentas gramas era muito pequena, muito pequena mesmo, ela foi pro berçário e ficou dois meses lá...” (Hortênciá)

“... mas sempre com medo de perder o nenê...” (Camélia)

“... aí dos sete meses pra cá eu ficava preocupada e pensava assim, falava assim será que vai acontecer o que aconteceu com o outro, ficava pensando... graças a Deus foi tudo rápido, normal eu assistir todo o meu parto eu não dormi nada eu queria ver tudinho... Do primeiro eu não tive pressão alta, só desse aqui, do primeiro que nasceu morto foi tudo normal. Desse foi quase tudo normal...” (Violeta)

“... nessa gravidez eu tive medo de perder, porque não é fácil perder três, engravidar de novo e não pensar que vai perder de novo (pausa). Dessa vez foi tudo diferente, eu engravidei e cheguei pra minha mãe e falei que queria o apoio da minha família, já tinha perdido três e queria apoio, nas outras eu não tive esse apoio como eu tive dessa... quem mais me apoiava era a família do meu esposo.” (Crisântemo)

“... deu um monte de problema no meu pré-natal... aí eu tratei tudinho... eu ficava com medo, né? com muito medo de perder... aí tá, quando chegou aqui me espantei na hora que a nenê nasceu olhei bem no rosto dela tava bem coradinha,” (Petúnia)

“... Aí, quando eu descobri que tava grávida a primeira coisa que veio, será que eu vou perder de novo? (chora e depois continua falando e chorando) aí fiz tudo que o médico mandou só pra não perder porque doeu muito... Aí tudo que a médica do pré-natal mandava fazer eu fazia só pra não perder de novo, repousei bastante... quando chegou no sétimo mês eu já procurei outro medico, eu tava com dois médicos, um do pré-natal e outro do particular, com medo de perder ela... No meu pré-natal correu tudo bem, mais eu tive medo, medo do médico falar que tava tudo bem, mas não tá, foi tudo normal, tudo tranquilo, mas dentro de mim eu tinha aquele negócio será que realmente tá bem? E se não tiver? Eu ia pras consultas chegava antes, fiz todos os exames que era pra fazer, perguntava, fiz duas ultrassom e sempre perguntava se tava tudo bem, mas dentro de mim vinha aquilo, será que ele tá falando a verdade? E se não tiver? Quando deu a dor aí eu vinha ansiosa dentro do carro... quando falaram que tava nascendo à primeira coisa que veio foi quando eu fui ter o outro que eu perdi, também cheguei tendo ele... aí veio na minha cabeça; ‘Será que eu vou perder de novo?’ aí quando vi ela saindo vi o rostinho dela e vi ela chorando, foi aquele alívio.” (Dália)

“... como eu sabia que do primeiro foi o susto, eu não acharia que o segundo eu fosse perder. Então, fiz todo o tratamento o pré-natal tudo como deveria fazer, tinha cuidado com tudo, até na minha alimentação, aí quando foi na reta final mesmo, nos nove meses, eu cheguei pra ter o bebê, bati uma ultrassom bebê morto, feto morto... não é fácil, é muito difícil você acordar de manhã, você fica abalada entendeu, abala muito o seu coração de você saber que perdeu dois... eu tenho esperança sim, que vai dar tudo certo, se não der, esse se, hoje, eu não quero nem pensar... Eu sei que estou preparada, preparada pra perder não, mas assim

psicologicamente estou bem... agora eu fiz diferente, do terceiro eu não quis assim tá comprando nada, eu disse 'não', vou deixar as coisas acontecerem... eu fiz diferente agora, eu não conseguir arrumar o quarto do bebê..." (Jasmim)

"... aí eu fico com medo de acontecer a mesma coisa de novo, a minha pressão disparar no último mês, porque foi isso que aconteceu na gestação passada e eu perdi a minha filha no oitavo mês... hoje tiraram a minha pressão, já tá treze por dez, por isso que ele me internou, mas sempre foi normal a minha pressão, desde o começo do pré-natal até o oitavo mês, por isso eu tô com medo de acontecer alguma coisa com esse aqui (silêncio)... e agora, eu tô passando por essa situação diferente porque o que eu não sentia antes eu tô sentindo agora, antes eu não sentia dor, não sentia enjojo, não sentia nada, desse aqui não, eu sinto dor, enjojo, já fiquei internada... Foi muito ruim o que eu passei quando perdi ela... espero que desse aqui seja rápido..." (Papoula)

"... já pensou conviver com essa gravidez nove meses com essa ansiedade, com aquele medo que se vai amanhecer vivo, se vai amanhecer morto... em julho fui internada aqui, tava com sete meses e a diabete descontrolada, tava alta, aí eles controlaram e me mandaram pra casa, aí comecei a fazer o pré-natal pela Santa Casa. Quando eu tava com trinta e cinco ou trinta e seis semanas, o médico resolveu me internar, aí me internaram... Aí teve um dia que eu tava dormindo, aí acordei com um negócio ruim na barriga, a modo um peso, aí mandei chamar a médica, ela achou ruim e disse eu já não fiz um cárdio, eu disse eu sei, mas só que a criança não avisa quando ela vai morrer, se vai morrer agora se vai morrer depois..." (Kattleya)

Essa unidade de significação revelou que a principal preocupação expressa por todas as mães reside no medo de acontecer novamente a morte do filho. Quando a mulher descobre-se grávida, naquele momento, vê concretizada a possibilidade de tudo se repetir, acentua-se o medo da morte do bebê, por isso relatam que diante de quaisquer alterações principalmente a diminuição ou cessação dos movimentos fetais, procuram o médico, o hospital no intuito de comprovar as condições vitais de seus filhos. Portanto, as mães depoentes do estudo vivem um cotidiano impregnado de preocupação, apreensão, insegurança pelo medo de acontecer de novo a morte do bebê, por isso estão sempre vigilantes em busca de atenção e apoio para suas fragilidades.

Como essas mães já passaram pela vivência de uma perda fetal, elas reconhecem alguns sintomas como: dor no baixo ventre e perda de líquido vaginal antes do termo gestacional; sangramento via vaginal; alterações no padrão da pressão arterial; alterações da glicose. Portanto, elas sentem a proximidade do perigo quando acometidas pelo mesmo quadro clínico que vivenciaram na gestação que culminou com o óbito fetal. Assim sendo, quando no desenvolver do ciclo gravídico a gestante precisa de internação hospitalar, o medo da perda aumenta, por agora encontrarem-se mais próximas de uma realidade vivenciada durante a internação do processo parturitivo do filho que morreu. Essa intercorrência faz as mães sentirem-se ameaçada pela possibilidade da morte do filho acontecer novamente, ocasionando maior busca de atenção e cuidados. Comportamento que nem sempre é compreendido pela equipe médica e de enfermagem, pois conforme o relato de Katleya a médica achou ruim e ficou brava quando foi acionada para escutar o bebê.

Com medo de acontecer nova perda e com o objetivo de alcançar uma gestação saudável, livre de intercorrências evitáveis, todas as mães realizaram o pré-natal, e algumas fazem menção a ele relatando que faziam tudo que era necessário; iam às consultas; realizavam os exames; tomavam as medicações prescritas; se alimentavam bem; repousavam bastante; evitavam esforço doméstico; tinham cuidado com tudo, ou seja, todas as orientações eram obedecidas fielmente, com o intuito de garantir sua saúde e, conseqüentemente, resguardar a saúde e a vida do bebê.

O medo da morte do bebê e a preocupação das mães com relação ao bem estar fetal é tão evidente que leva algumas mães a desconfiarem das condutas e dos procedimentos médicos. Essa insegurança levou Dália a realizar o pré-natal com dois médicos e desconfiar de ambos, não acreditando que o bebê estava bem e que a gestação estava se desenvolvendo dentro dos padrões de normalidade. Tulipa, mesmo com seu conhecimento empírico, percebeu falha humana em sua assistência, fato que a induziu a solicitar transferência de serviço de pré-natal, para receber assistência de melhor qualidade.

A compreensão dos depoimentos revelou que, apesar das mães não terem sido questionadas sobre o parto, elas se reportam a ele como um momento muito significativo. Suas manifestações revelam que o medo da morte do bebê aumenta significativamente, antes e na hora do parto, porque mesmo com informações de que está tudo bem, elas têm medo e alguma complicação inesperada acontecer e o bebê vir a morrer. Por isso Margarida relata que durante o parto ficou nervosa, chorava e dizia que era por causa da dor, mas que, na verdade, era o medo dela ou do bebê morrer. O medo da morte do bebê é tão exacerbado que algumas

mães se privam de adquirir o enxoval do bebê, adiando esse momento para depois do parto e da comprovação de que realmente ele nasceu vivo. Assim, descrevem que foi um alívio quando o ouviram chorando e viram o seu rostinho corado.

Evidenciou-se que o medo da morte do bebê atenua-se quando, após o parto ele fica junto à mãe no sistema de alojamento conjunto ou pode continuar e até acentuar-se quando ele apresenta alguma intercorrência que indique internação. Para essas mães, a preocupação e o medo pela morte do bebê sempre vai estar presente aumentando e persistindo durante todo o período de sua permanência no berçário, só amenizando após a alta.

Essa unidade também revelou que as mães, ao falarem da vivência da gestação e parto atual, comparam com os acontecimentos do passado em que o filho morreu. Algumas relatam que a outra gestação e parto correu tudo normal, porém nessa queixam-se de gestação e parto ruim, sofrido. Helicônia destaca-se ao afirmar que viveu momentos de horror que nunca imaginava que ia passar e que a outra gestação e parto correram tudo bem. Outras mães, ao inverso, queixam-se que a gestação anterior foi ruim e que essa foi normal e calma.

Essas mães mencionam que viveram nesta gestação uma situação diferente e ao pensarem na gestação anterior fazem relação com a atual comparando: a idade gestacional que ocorreu a perda e a idade gestacional atual; a igualdade ou diferença de sexo; o apoio familiar compartilhado nesta gestação e que não receberam na outra; a aquisição do enxoval do bebê só acontecido após o nascimento; a necessidade de internação hospitalar nesta gestação antes do termo; a solidão vivida em ambas às gestações; o ingresso à maternidade em período expulsivo semelhante ao outro; a outra gestação ter sido muito desejada e esta não ser planejada. Essas mães, ao estabelecerem algumas diferenças entre uma gestação e a outra, mencionam de forma significativa o medo que sentiram de acontecer tudo de novo, morrer igual o outro.

O SER MÃE QUE VIVENCIOU UMA GESTAÇÃO APÓS UMA PERDA FETAL EXPRESSOU...

5.2.4 ... a necessidade de ter pessoas ao seu lado, para enfrentar a gestação...

“... quando ele tava mexendo pouco, eu ficava apreensiva com vontade de vim pra cá (Hospital) aí depois ele mexia mais e eu ficava aliviada, falava pro meu marido ‘vem conversar com ele’, o marido se deitava do meu lado e ficava conversando com ele, aí ele

mexia mais, o meu filho conversava com ele 'olha mano, tô aqui fora te esperando'. Então tudo me animava e eu esquecia o passado de ter perdido o filho, por ter pessoas do meu lado que me davam forças, é muito ruim ter aquele pensamento que não vai vingar e não ter apoio de ninguém, minha mãe e minha irmã me ajudam muito, me apoiam. Minha irmã tá sempre do meu lado e eu do lado dela... aí eu pedia para o meu marido 'vai na taberna, no supermercado', não ficava só em casa, não carregava peso, não fazia coisa pesada, só fazendo as coisas leves com medo de tudo, apreensiva para não ter risco de acontecer nada para o bebê..." (Tulipa)

"... Eu chorava muito na minha casa... minha família me ajudou muito sabe..." (Helicônia)

"... A minha família me ajudava bastante... ela (mãe) dava força, mas quando eu sentia alguma coisa ela já vinha resmungando e depois dizia 'tu é corajosa mesmo'..." (Rosa)

"... aí minha mãe dizia 'faz teu pré-natal direito, pra vê se tu segura esse aí', aí fiz ultrassom, o médico disse que tava com um problema, com ovário policístico, aí falei pra minha mãe ela disse 'fica calma que vai dar tudo certo', mas eu ficava com medo e falava pra minha mãe 'eu vou perder esse também', ela dizia 'tira isso da tua cabeça'..." (Orquídea)

"... aí dos sete meses pra cá eu ficava preocupada e pensava assim, falava assim será que vai acontecer o que aconteceu com o outro, ficava pensando eu falava pro meu marido aí ele dizia não pense nisso amor que o nenê tá bem..." (Violeta)

"... Nas outras eu não tive apoio da minha família, quem mais me apoiava era a família do meu esposo. Dessa vez foi tudo diferente, eu engravidei e cheguei pra minha mãe e falei que queria o apoio da minha família, já tinha perdido três e queria apoio... Essa gravidez foi diferente das outras porque eu tive apoio da minha família, nas outras eu não tive esse apoio como eu tive dessa..." (Crisântemo)

"... Com medo de perder eu e o meu marido choramos muito. Minha sogra é crente e dizia que Deus ia curar a nenê, aí agente começou e se pegou muito com Deus, a gente rezava muito e tinha muita esperança, minha sogra orava com fé e confiança que Deus ia curar a minha nenê..." (Petúnia)

“... O meu primeiro eu perdi no Ceará, o segundo foi no Pará, eu passei por todas essas dificuldades sem minha mãe, sem meus irmãos sem ninguém. Agora dessa, minha Irmã veio do Ceará porque minha mãe mandou...” (Jasmim)

“... Ontem, quando o meu marido chegou, ele trouxe flores pra mim...” (Kattleya)

Essa unidade de significação revelou que o vivenciar de uma gestação após um evento de óbito fetal constitui-se um momento de fragilidade emocional para as mães e que a participação da família é muito significativo para o desenvolvimento saudável de todo o processo gestacional e parturitivo. Por isso, essas mães necessitam e solicitam a aproximação da família para ajudá-las a enfrentar uma fase tão delicada de sua vida. Narram que é muito ruim ter o pensamento que não vai conseguir que a gestação não vai vingar e não ter o apoio de ninguém e que com a ajuda da família, esqueciam até o passado de ter perdido um filho, por terem alguém com quem contar sempre ao seu lado.

Para facilitar o processo de adaptação a essa nova vivência, essas mães precisam desse suporte familiar. Por saberem que sua gestação era de risco, que inspirava cuidados, evitavam esforço doméstico, tinham cuidado com tudo, ou seja, tudo que julgavam causar risco para o bebê era evitado e para suprir a necessidade desse momento alguns cônjuges mais solidários auxiliam nos afazeres domésticos do cotidiano, a fim de proporcionar maior tempo de repouso para suas parceiras.

O medo da morte do filho permeia todos os momentos do vivenciar materno e a presença constante da família ajudava a suportar e amenizar esse medo através de suas atitudes e palavras positivas e de encorajamento. Para essas mães, a presença do companheiro e/ou família (mãe, irmã, sogra, filho) costuma representar confiança, carinho, apoio. Por isso expressam que a participação da família foi de fundamental importância para ajudá-las a enfrentar momentos tão difíceis.

... O SER MÃE QUE VIVENCIOU UMA GESTAÇÃO APÓS UMA PERDA FETAL EXPRESSOU...

5.2.5... viver um desafio, difícil de superar, mais que trouxe felicidade, com o bebê ao seu lado, está tudo bem...

“... Agora que eu já tive ela, depois que ela nasceu eu fiquei mais aliviada, porque ela ficou direto comigo, graças a Deus, não precisou ir pro berçário, veio comigo... valeu a pena tudo que passei ainda mas que eu queria muito uma menina...mais o medo nunca passa, tem o medo de eu perder ela, ainda mais quando ela chora, chora, chora. A enfermeira falou que ela tem problema de prisão de ventre. Eu fico agoniada de ser alguma coisa grave. ...”
(Margarida)

“... Às vezes, eu não ficava com medo eu tinha confiança que tudo ia dar certo. Tudo mudou pra mim, ela tá aí... Vou sempre lá (berçário), perto dela eu fico mais alegre, mas fico com medo assim (pausa). Não sei quando ela sai, vão fazer um exame nela, se atestar mais alguma coisa (pausa), eu fico sempre preocupada, sempre com medo de perder essa aí ficava sempre aquela preocupação até agora....” (Girassol)

“... mas eu tinha uma fé muito grande que ia vingar, era nisso que eu me agarrava com fé que meu filho ia nascer bem, ia nascer vivo, ia tá ali do meu lado...” (Tulipa)

“... minha gravidez não foi uma experiência boa, mas eu tô feliz, porque hoje ele tá bem, tá vivo, tá do meu lado, e muitas coisas eu já esqueci.... o sofrimento maior foi pensar que eu olhava pra ele e imaginava, vou perder mais um filho, não vou aguentar, se perder mais um filho eu vou morrer (chora)...” (Helicônia)

“... Eu me lembro quando perdi eu passei no acompanhamento psicológico, eu desabei nesse dia foi muito pesado pra mim nesse dia, ela dizia ‘... não, Eliane, você é nova vai ter a próxima’, tanto eu acreditei que tô aqui(Rosa)

“... Foi difícil, mas eu superei agora ele vai fazer seis anos em setembro... fiquei com ele doze dias na incubadora, eu achava que ele não escapava não...” (Lavanda)

*“... eu só tô um pouco triste porque ele ainda tá aqui (aponta para a fototerapia)...”
(Orquídea)*

“... a nenê nasceu com um quilo e trezentas gramas, era muito pequena, muito pequena mesmo, ela foi pro berçário e ficou dois meses lá...” (Hortência)

“... correu tudo bem, o nenê tá comigo e eu estou muito feliz... mas sempre com medo de perder o nenê...” (Camélia)

“... Graças a Deus foi tudo rápido, normal eu assistir todo o meu parto eu não dormir nada, eu queria ver tudinho...” (Violeta)

“... essa não foi planejada mais foi muito desejada... eu queria muito ter um filho... não é fácil perder três, engravidar de novo e não pensar que vai perder de novo, né? (pausa)... então eu tô aqui com a minha bebê e graças a Deus tá tudo bem com ela, graças a Deus deu tudo certo e hoje eu tô muito feliz com o nascimento da minha filha... e dessa vez foi tudo bem, com a bênção de Deus...” (Crisântemo)

“... Quando eu tava com sete meses bati uma ultrassom aí deu que a nenê tava com dois cistos na cabeça... eu chorava muito ainda mais depois que eu soube que era uma menina, e que ela tava com esse problema, eu era doidinha pra ter uma menina... a gente passa muito desafio mesmo pra chegar aonde cheguei... a gente começou e se pegar muito com Deus, a gente rezava muito e tinha muita esperança... aí deu tudo certo e ela tá aqui e tá curada ela é sadia...” (Petúnia)

“... na gravidez sempre vem a preocupação, será que vai correr a mesma coisa que correu antes? Será que vai vir antes da hora? E se vim? Será que eu vou ter forças novamente pra superar? E se eu não conseguir superar?... aí tudo que a médica do pré-natal mandava fazer eu fazia... eu ia pras consultas chegava antes, fiz todos os exames que era pra fazer, fiz duas ultrassom... aí, quando vi ela saindo vi o rostinho dela e vi ela chorando, foi aquele alívio... quando vi que ela tava direitinha, ela tava bem...” (Dália)

“... Então, o que eu vejo hoje é que eu perdi o primeiro o segundo, mas não perdi a esperança, porque a gente só tem aquilo que Deus quer, então eu disse vou dar um tempo e engravidei depois de cinco anos, o sentimento que eu tenho é de esperança que esse vai dar tudo certo, o primeiro e o segundo não era meu tá com Deus, então em nenhum momento passa pela minha cabeça que eu vou perder o terceiro, por quê? Porque foi visto que a história do primeiro e do segundo foi comprovado que seria a minha placenta, então eu tenho esperança que vai dar tudo certo... perdi dois filhos, estou com o terceiro e eu acredito que esse vai dar certo.” (Jasmim)

“... espero que desse aqui seja rápido, e que ele venha bem já tô com nove meses e desde segunda feira venho sentindo contrações, acho que dessa vez vai dar tudo bem, tudo certo...” (Papoula)

“... já pensou conviver com essa gravidez nove meses com essa ansiedade, com aquele medo que se vai amanhecer vivo, se vai amanhecer morto, porque é um sacrifício... dessa vez é verdade, ele tai e tá tudo bem, nos conseguimos...” (Kattleya)

Essa unidade de significação revelou que essas mães, durante a gestação e parto vivenciaram momentos difíceis de suportar, que muitos desafios tiveram que enfrentar e que muitos sacrifícios tiveram que vencer, mas que a esperança e o acreditar que tudo pode dar certo foi o que as manteve firmes em sua caminhada. Ficou evidente que essas mães vivenciaram momentos de ansiedade, medo, tristeza, preocupação. Seus relatos também manifestaram que elas ultrapassaram todas as barreiras, venceram o desafio e conseguiram superar e que hoje estão felizes com o nascimento de seus filhos.

Essas mães, para superarem a problemática vivenciada e obterem conforto, paz e esperança, sentem a necessidade de apelar a um “ser supremo” para conceder uma graça de conseguir ultrapassar todas as dificuldades da gestação e finalmente ter o filho vivo. A fé em Deus e o apoio da família foi o sustentáculo que manteve acesa a chama da esperança, que conduziu a um final que foi um alívio que foi verdade, que deu tudo certo, que foi tudo bem, que valeu a pena.

Tomando-se por base o próprio relato dessas mães percebe-se também que parece que agora está tudo bem, entretanto, o medo da morte do filho permanece e vai estar sempre

presente, rondando consciente ou inconscientemente essas mães quando relatam que o medo nunca passa que estão sempre com medo de perdê-los.

5.2.6 O Conceito vivido

A partir da Compreensão Vaga e Mediana das mães foi possível elaborar o conceito do *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* de modo a constituir o fio condutor da interpretação compreensiva do sentido do ser.

Compreendeu-se que o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal*...

...lembra dos fatos relacionados à perda do filho descrevendo o sofrimento que passou, sentiu muito medo e não queria engravidar, mas depois de algum tempo, engravidou, viveu a gestação com preocupação, insegurança, apreensão e vigilância comparando com a perda anterior; manifestou a necessidade de ter pessoas ao seu lado, para enfrentar a gestação; engravidar foi viver um desafio, difícil de superar, mais que trouxe felicidade, com o bebê ao seu lado, está tudo bem...

5.3 A análise interpretativa - segundo momento metódico: o sentido de ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal

A compreensão vaga e mediana apontou os significados expressos nas falas das mães, ou seja, a compreensão do fato, do ôntico daquilo que elas deixam-se mostrar. Tomando-se por base essas significações, emergiu o conceito vivido do *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal*, construído a partir da união dos cabeçalhos das unidades de significação. Para Heidegger “os ‘conceitos fundamentais’, assim produzidos constituem de início o fio condutor da primeira abertura concreta do âmbito”. (HEIDEGGER, 2009, p. 45)

A apreensão do conceito vivido, aqui chamado de “fio condutor”, guiou o meu movimento analítico em direção ao segundo momento de análise em Heidegger, a interpretação compreensiva também denominada de hermenêutica, que consiste em desvelar o sentido encoberto pelo significado aparente e em desdobrar os níveis de significação explicitados na significação literal. Na analítica existencial proposta por Heidegger,

Sentido é aquilo em que se sustenta a compreensibilidade de alguma coisa. É o que pode articular-se na abertura compreensiva. (...) *sentido é a perspectiva na qual se estrutura o projeto pela posição prévia, visão prévia e concepção prévia. É a partir dela que algo se torna compreensível como algo.* (HEIDEGGER 2009 p.212-3)

Portanto a partir da abertura compreensiva do pré, o sentido sustenta a compreensibilidade do fenômeno. Neste estudo, o sentido do *ser-mãe-que- engravidou-após-óbito-fetal*, objetivo alcançado nesta investigação, que se encontrava velado pelas manifestações, foi desvelado mediante a interpretação fenomenológica com base no pensamento de Martin Heidegger.

Compreender as mães no seu modo de ser grávidas requer uma postura agora interpretativa do seu *ser-no-mundo* e isso significa ir além da instância ôntica dos fatos é captar o ontológico, é transcender no seu sendo. Porque interpretar, não é só tomar conhecimento do já compreendido, que corresponde à compreensão vaga e mediana, mas elaborar as possibilidades projetadas por essa compreensão. Interpretar é expor, a partir da posição prévia da ciência e da visão prévia expressa pelo ente, a compreensão do “ser” como concepção prévia. No pensamento heideggeriano *ser-no-mundo* é uma constituição fundamental da presença e enquanto presença é no cotidiano que ela se mostra. Para ele “*permanecer totalmente velada seria incompreensível, principalmente porque a presença dispõe de uma compreensão ontológica de si mesma, por mais indeterminada que seja*” (HEIDEGGER, 2009, p.106)

Para a interpretação ontológica deste “*em-si-mesma*” precisei captar os significados atribuídos pelas mães ao seu vivido e, mediante o desvelamento desses significados, compreendi que essas mães vivem um cotidiano envoltas em manifestações de: lembranças, indecisões, medos, comparações, desafios e busca pela superação. O anunciado desse modo de *ser-mãe-que- engravidou-após-óbito-fetal* mostra que elas se mantêm na dimensão do cotidiano em Heidegger, porque cotidiano, no pensamento deste filósofo, significa:

O modo como a pré-sença “vive o seu dia”, quer em todos os seus comportamentos quer em certos comportamentos privilegiados pela convivência [...] o modo de ser em que a presença, de início e na maior parte das vezes, se mantém [...]. “De início” significa o modo em que a presença “se revela” na convivência da publi-cidade [...] “Na maior parte das vezes” o modo em que a presença nem sempre, mas “via de regra”, se mostra para todo mundo [...]. Primariamente, porém, a expressão cotidianidade indica um determinado *como* da existência que domina à pré-sença em seu “tempo de vida”. (HEIDEGGER, 2009, p.460-61).

A partir dessa explanação heideggeriana é que foi possível interpretar a compreensão de mães que vivenciaram uma gestação após óbito fetal, entendendo que, no dia-a-dia da convivência com os entes no mundo circundante, ou mundo próximo ou mundo doméstico o *ser-aí-mãe* manifesta comportamentos que comunicam, na maioria das vezes, o que ela não é, ou seja, de início, e quase sempre, se mostram no modo próprio de ser do cotidiano que é o modo de ser da inautenticidade.

Nesse modo de *ser*, as mães até compreendem a possibilidade da morte do filho, por saber que filhos morrem na vida intrauterina, na vida neonatal e, por mais sofrido que seja para as mães, morrem em qualquer idade, que só pode morrer quem está vivo e só perde filho quem tem filho. Mesmo assim, na cotidianidade as mães expressam a impossibilidade em aceitar a morte do filho como uma possibilidade. Heidegger expressa que “lançada no ser para-a-morte, a presença foge, de início e na maior parte das vezes, desse estar-lançado, que se desvela de modo mais ou menos explícito” (HEIDEGGER 2009, p. 435). Existencialmente, ser e *estar-lançado* significa: dispor-se deste ou daquele modo. Como as mães estão no cotidiano num tempo fenomenológico de possibilidade de tudo acontecer e de se repetir o óbito fetal, são lançadas a um vivenciar inautêntico e impróprio da morte.

Para Heidegger (2009, p.187), inautenticidade significa que “*numa primeira aproximação*, a presença fática está no mundo comum, descoberto pela medianidade. *Numa primeira aproximação* ‘eu’ não ‘sou’ no sentido do propriamente si mesmo, e sim os outros nos moldes do impessoal”. Portanto, no modo de ser da inautenticidade a *pré-sença* não é ela mesma, vive e age guiada pelo outro, pelo mundo público, onde não tem poder de decisão, de responsabilidade e de assumir o seu próprio ser. Nesse modo de *ser*, o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* não anunciou abertura para a possibilidade de uma gravidez acontecer, por medo de novamente esse filho vir a morrer e assim se mantém desviada de si mesmo, fechada para essa possibilidade.

Fechadas para a possibilidade de a gravidez acontecer, recordam tudo que passaram e descrevem como ruim, difícil e desesperador o sofrimento emocional vivido por ocasião da perda do filho. Fechadas por estarem presas naquele *aí*, de um tempo cronológico relatam em meses, dias e anos o tempo decorrido da perda do filho. Assim também, significam todos os fatos vividos na época, comparando-os com a gestação e parto atual. Evidencia-se que essas mães não projetam o tempo fenomenológico de superação do vivido decorrente da perda do filho. Tempo fenomenológico em Heidegger é possibilidade, possibilidade de ser, de se ver, de se compreender como ser de possibilidade. Para Heidegger (2009, p. 326), “enquanto

poder-ser, a presença não é capaz de superar a possibilidade da morte. A morte é, em última instância, a possibilidade da impossibilidade pura e simples de presença”.

Como estas mães estão aprisionadas, nas lembranças do passado, fazem um movimento de volta no tempo cronológico, onde são remetidas ao aí, momento de uma vivência que jamais será esquecida. Esse vivido vai estar sempre presente na sua história pessoal, em seu *ex-sistir* mesmo que se passem muitos anos e talvez por toda sua vida de ser intramundano.

História significa, neste caso, o passado, mas que ainda surte efeito. Como quer que seja, o histórico, na acepção de passado, é compreendido numa relação de efeito positiva ou privativa sobre o “presente”, no sentido do “aqui e agora” real. O passado pertence, indiscutivelmente, ao tempo anterior, aos acontecimentos de então. (HEIDEGGER, 2009, p. 470).

Para essas mães, o filho perdido no período intrauterino anterior, já esteve presente em suas vida desde o diagnóstico de gravidez passando pela percepção dos movimentos fetais, embora ao nascer estivesse morto. Hoje não mais presente, porém sendo *pré-sença* porque nunca esquecidos. Para Heidegger (2009, p. 312), esse movimento é possível, pois é a “*partir do mundo que os que ficam ainda podem ser e estar com ele*”. Expõe também que através do espacializar-se podemos nos sentir perto ou longe de algo ou alguém, quando pensamos ou sonhamos com ele, embora fisicamente distante. Estar no mundo não significa apenas compartilhar o mesmo ambiente físico, ao contrário, podemos estar com o outro no momento em que se transcende o pensamento até ele.

Como essas as mães mostram, dominadas pelo temor, relatam não querer engravidar, não querer ter outro filho, não querer passar por tudo de novo. Mediante os significados, mostraram que estão no modo próprio de ser do cotidiano que é o modo de ser da inautenticidade por não anunciar abertura para essa possibilidade. Quando Heidegger (2009) expressa que esse *ser-aí*, presença na maioria das vezes e quase sempre se mostra no modo de ser da inautenticidade, está dizendo que no cotidiano a presença se mostra como ente envolvente: ela é todos, ela não é ninguém, ela não é ela mesma. Assim, por não se compreenderem como ser de possibilidades de gestar novamente e suportar um novo processo de perda, lançam mão de diversos eventos factuais que acreditam incapacitá-las para o desenvolvimento de uma gestação saudável.

No modo de ser do cotidiano, a presença mostra-se dominada pelo temor, que onticamente reconhecemos como humor, em que a *pré-sença* sempre se encontra. Humor é o estado de integração dos diversos modos de sentir-se, relacionar-se e de todos os sentimentos,

Heidegger (2009, p. 321). O humor revela como alguém esta e se torna e conduz o ser para sua abertura e possibilidade de compreensão. Nesse modo de *ser* o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* mostra-se atemorizadas ante a simples ideia de engravidar de novo e perder de novo, pois o ameaçador é conhecido e em si e por si, contém o caráter de ameaça e por elas já foi vivenciado. Então, enfrentar uma nova gravidez abre para a possibilidade de passar por tudo de novo porque não está dito que por ter tido a vivência do óbito fetal uma vez não a terá novamente. Para Heidegger (2009, p. 427), “o medo não apenas se ‘relaciona’ com o que ‘está por vir’, entendido como o que só advêm ‘no tempo’, mas também esse relacionar-se, em si mesmo, já está por vir, no sentido do tempo originário.”

Mesmo a gravidez não sendo projeto, ela chegou e chegou de forma inesperada, para a maioria das mães, pois elas não se ocuparam em evitar a gestação com métodos contraceptivos que atendessem tal pretensão. E, assim, sem anúncio, a gestação se confirmou e diante de tal fato as mães se surpreendem manifestando reações de susto, medo, choro, choque e negação. Elas não queriam engravidar e reagem com incredulidade e surpresa diante da notícia. Considerando que agora o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* é um *ser-aí-com-o-filho-no-ventre*, tomam a decisão de aceitar e manter a gestação.

A decisão mostrou-se como um existir originário e próprio. Sem dúvida, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, a presença permanece indecisa, ou seja, fechada em seu poder-ser mais próprio no qual ela só se empenha singularizando-se. (HEIDEGGER, 2009, p. 422)

Com o progredir da gestação, manter contato direto com o filho no interior do útero, compartilhar momentos de afetividade e principalmente sentir os movimentos fetais, faz torna-se mais concreto o existir da vida em seu ventre. É o movimento existencial do *sendo grávida* favorecendo o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* a iniciar e ampliar o apego ao filho, pois para elas o filho no ventre, é *pré-sença* e com eles mantêm uma relação de *ser-aí-com*.

Diante da facticidade da gravidez que *está-aí*, o *ser-aí-mãe* se vê entregue à sua responsabilidade e a possibilidade que lhe foi inteiramente lançada e assim se lança no modo de ser da ocupação. Heidegger (2009, p.180), afirma que “a partir da ocupação e do que nela se compreende é que se pode entender a ocupação da preocupação. O outro se descobre, antes de tudo, na preocupação das ocupações”. Por compreender que sua gestação é de risco e que a vida do filho depende dela, as mães mantêm-se no modo da ocupação voltada para as atividades impostas pelo cotidiano de serem gestantes e de serem responsáveis pelo bem estar

do filho. E assim, no empenho cotidiano do *ser-com* mantêm-se o tempo todo, mês a mês, na ocupação das rotinas do pré-natal.

A presença cotidiana, porém compreende-se, de início e na maior parte das vezes, a partir daquilo com que ela costuma se ocupar. Aquilo que se faz é aquilo que “se é” com relação a esse ser, ser do empenho cotidiano numa convivência junto ao mundo ocupado”; não apenas a substituição é possível como chega a constituir o conviver”. A ocupação já é o que é, com base numa familiaridade com o mundo (HEIDEGGER, 2009, p. 125).

As mães se mostram no mundo das ocupações a partir da compreensão de que há possibilidades de perder também este filho e que para garantir ou evitar esse acontecimento é importante e necessária à realização do pré-natal. Heidegger (2009, p.423) expressa que “A ocupação cotidiana compreende-se a partir do poder-ser que lhe vem ao encontro num possível sucesso ou insucesso, relativo aquilo que se ocupa”. Nesse vivido, a mãe é um ser próprio junto àquilo de que se ocupa, por isso obedecem todas as orientações médicas e de enfermagem; realizam exames; tomam remédio; mantém repouso e boa alimentação. Com uma pré-compreensão de sua significância, as mães no mundo de familiaridade com a assistência pré-natal sabem que é uma referência do que está a mão, que é o caminho a seguir. Dessa forma, não só sua participação efetiva como também a qualidade da assistência oferecida são aspectos relevantes no atendimento de seu objetivo que é, agora, assegurar a vida do filho. Heidegger (2009, p. 129), expõe que “o encontro do que está à mão, torna o seu conjunto tão acessível que o modo de lidar da ocupação propicia e assegura para si uma orientação”.

No modo de ser do cotidiano, as mães dominadas pelo temor parecem julgar que algo de errado está sempre rondando a gestação e, conseqüentemente, a vida do seu bebê. Assim, se ocupa cada vez mais com ações que acredita evitar tal mal. Para Heidegger (2009),

A cotidianidade mediana da ocupação torna-se cega para as possibilidades e se tranquiliza com o que é apenas ‘real’. Essa tranquilização não exclui, ao contrario desperta uma atividade febril de ocupação. O que está disponível é o que se altera ‘taticamente’, de maneira a dar a impressão de que algo está acontecendo. (HEIDEGGER, 2009, p. 262)

Refletindo sobre essa assertiva podemos dizer que, vivenciar uma gravidez pós-óbito fetal ocasiona uma carga maior de tensão, medo, insegurança, desconfiança, tristeza, por conviver mês a mês com o medo de acontecer nova perda; dessa forma, as mães ficam

ansiosas e vigilantes e se ocupam com tudo que possa amenizar esse sofrimento que aumenta dia após dia.

O temor como existencial abriu para as mães possibilidades de estar em perigo, lançando-as em seu *aí* originário para uma vivência de inautenticidade. Assim, a gestação foi vivenciada envolta em um sofrimento muito intenso provocado pelo temor de acontecer nova perda. Nessa vivência, pensavam muito, choravam, se isolavam, ficavam tristes, sofriam revivendo tudo que passaram, comparando com a gestação atual. Também se privam de realizar tarefas domésticas, tem medo de sair sozinha, de ficar só em casa, e caso o bebê não mexesse um dia ficavam preocupadas e ansiosas. Desconfiavam de tudo, resultados dos exames, qualidade da assistência e assim conviveram mês a mês com essa ansiedade. Nesse modo de ser, a presença compreende a possibilidade de se reencontrar em suas possibilidades, ou seja, vir a perder o filho novamente e foge desse estar lançada. Nesse modo de ser, Heidegger, (2009, p.327) descreve que “isso apenas mostra que, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, a presença encobre para si mesma o ser-para-a-morte mais próprio em *dele* fugindo”.

Essas mães, na maioria das vezes e quase sempre, se veem como alguém que não estabelece uma relação de propriedade do *ser-aí* para o seu poder ser mais próprio que é a morte e ainda se resguardam da inviabilidade de realmente acontecer, (com ela e o filho mais uma vez, não). E assim fogem da condição de ser lançada no mundo para o seu fim. Nesta acepção, o filósofo dispõem que “o escape decadente e cotidiano *da* morte é um *ser-para-a-morte impróprio*” (HEIDEGGER 2009, p. 336). Para o pensador, a impropriedade constitui justamente um modo de o homem viver no mundo cotidiano, em que ele é totalmente comandado pelo mundo e pelos outros no impessoal. No impessoal também se diz que a morte chega para todos, mais não se sabe quando, nem como e nem de onde virá.

Para Heidegger, “a angústia com a morte é angústia ‘com’ o poder ser mais próprio, irremissível e insuperável (...) é a abertura de que como ser lançado, a presença existe para o seu fim.” (Heidegger, 2009, p. 326, 367) Portanto é aceitar a morte como possibilidade.

As mães que vivenciaram uma nova gravidez após um vivido de óbito fetal não fizeram esse movimento, elas até compreendem que a morte do filho pode acontecer, mas em nenhum momento relatam que aceitam essa possibilidade. Portanto, o sentido do conceito heideggeriano de angústia não foi desvelado no presente estudo. Essas mães até descrevem assim “esse **se**, hoje eu não quero nem pensar” “preparada pra perder não” “eu não quero mais isso pra mim”. O que elas significam é a vivência do medo da possibilidade da morte do

filho, ou seja, o medo do deixar de viver do filho que, segundo Heidegger, não deve ser confundido com angústia que emerge da compreensão da possibilidade mais própria do ser que é a morte. Ao significarem o medo da morte do filho as mães estão dominadas pelo temor que em Heidegger é discutido como angústia imprópria.

Enquanto possibilidades da disposição, todas as modificações do medo indicam que, como ser-no-mundo, a presença é medrosa. Essa “medrosidade” não deve ser compreendida onticamente no sentido de uma pré-disposição fatural e “singular”, mas como possibilidade existencial da disposição essencial de toda presença que, de certo modo, não é única.” (Heidegger 2009: p.202)

Nesse modo da disposição, segundo Heidegger (2009), os momentos constitutivos de todo o fenômeno do medo podem apresentar-se de diferentes maneiras dependendo daquilo que ameaça e da forma como o ameaçador se aproxima. Assim, o temer se constitui distintamente em pavor, horror e terror. O pavor ocorre quando a ameaça de algo conhecido e familiar, que se encontrava na proximidade, subitamente se concretiza para o *ser-no-mundo*. O horror ocorre quando algo não conhecido se concretiza para o *ser-no-mundo*. E o terror é quando o ameaçador, algo conhecido e familiar, surge de maneira súbita e concreta para o *ser-no-mundo*, possuindo o caráter de pavor e horror ao mesmo tempo.

A mãe enquanto *pré-sença-temerosa* se aproxima de um fenômeno constitutivo do temor o pavor. Heidegger descreve o pavor como algo que “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim, subitamente se abate sobre o *ser-no-mundo* da ocupação, o medo se transforma em pavor. O referente do pavor é de início, algo conhecido e familiar” (Heidegger, 2009, p. 202). Agora por já ter vivenciado a perda do filho intra-útero as mães sabem o que é, o bebê morrer na barriga, por isso elas não querem engravidar de novo, ou seja, elas têm pavor de perder e engravidar de novo significa a exposição à possibilidade de perder. O pavor é originário de uma ameaça conhecida e familiar e que pode chegar de repente, então ela sabe que, se engravidar de novo, tem a possibilidade real de perder, pois só tem possibilidade de perder filho quem está grávida. Ela sabe que subitamente a ameaça da morte pode chegar e ela vir a perder o bebê.

Heidegger expõe que “se, ao contrário, o que ameaça possuir o caráter de algo totalmente não familiar, o medo transforma-se em horror” (Heidegger, 2009, p. 202). Depois que engravidada, o *ser-mãe* vivencia o horror diante do desconhecido de não saber como é que o bebê morre, ou seja, é o não saber como e quando a morte, novamente vai aparecer e se concretizar. Reafirma-se, então, a compreensão cotidiana que expressa à impessoalidade de

que a morte chega para todos, mas não se sabe quando, nem como e nem de onde virá. Isso é o desconhecido que causa horror.

Então, ela vive todos os meses da gestação, uma ansiedade intensa, tentando descobrir se o bebê está vivo ou morto na barriga. Com esse objetivo, todas as vezes que ela sente que a movimentação fetal diminuiu ou parou, ou ainda qualquer outra intercorrência anuncie que pode estar acontecendo a morte do filho, elas procuram o ambulatório, o hospital para ser examinada, para auscultar o bebê, para realizar ultrassonografia, na tentativa de obter o diagnóstico de vida ou de morte do seu filho. Ela sabe que o bebê pode morrer na barriga, mas ela não sabe como o bebê morre. O desconhecido do horror é o fato dela não saber fazer o diagnóstico da morte do filho. Então ela fica horrorizada procurando a gestação inteira algo que possa dizer se o bebê está vivo ou morto.

Segundo Heidegger, “o medo torna-se, então, terror quando o que ameaça vem ao encontro com o caráter de horror, possuindo ao mesmo tempo o caráter de pavor, a saber, o súbito” (HEIDEGGER, 2009, p. 202). A hora do parto é, para a mãe, um porvir onde ela aguarda a chegada do filho, que virá ao seu encontro no mundo circundante e que poderá aparecer vivo ou morto. Assim sendo, na hora do parto, a mãe está plena de terror, por saber que o filho pode morrer na barriga e, até mesmo, na hora do parto (o conhecido). Ela viveu isso, ela conhece tudo que envolve essa vivência e fica apavorada diante da possibilidade de a qualquer momento a morte chegar novamente.

O que traz o horror para compor o pavor e virar terror é ela não conseguir compreender como, de uma hora para outra, o bebê pode morrer (desconhecido) e isso é o horror que gera o terror. É ela permanecer sem saber, até o nascimento, se o filho está vivo ou se está morto, porque antes de nascer, apesar de informada sobre suas condições vitais, ela não tem certeza e só acredita depois que ele nasce. Na hora que o bebê está nascendo, o que dá o caráter de terror é o súbito, é a possibilidade de subitamente o filho morrer.

As mães visualizam o parto como um meio, um caminho, uma passagem para a vida ou para a morte. Para elas, é o momento em que a visão lhe proporciona o prazer de vê o filho e comprovar que “este” nasceu vivo, que se movimenta, que chora, que está corado, que agora é *pré-sença*. Somente após o parto é que a mãe relata que valeu a pena tudo que passou, pois para a mãe seria terrível ver novamente a cena de ter o filho sem vida nos braços. Heidegger (2009) comenta que

O aguardar sempre já deve ter aberto o horizonte e o âmbito a partir do que algo pode ser esperado. *Esperar e o modo do porvir fundado no aguardar(...)* É por isso

que no antecipar reside um ser-para-a-morte mais originário do que nas suas esperas das ocupações. (HEIDEGGER, 2009, p.423)

Assim, pude compreender que o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* vivenciou os três momentos constitutivos do temor: sente **pavor** diante da possibilidade de engravidar de novo e perder subitamente o filho, sente **horror** diante da incerteza de sua vida ou morte e sente **terror** ao ver-se exposta, na hora do parto, à possibilidade de nascer de novo um filho morto. No aguardar do processo parturitivo, as modalidades do temor se articulam como vivência temerosa e a mãe mostra-se como um *ser-aí* que é ou está dominada pelo pavor, horror e terror.

O temor é uma abertura que coloca em risco o equilíbrio do *ser-aí*. Ele se mostra em desequilíbrio, em confusão e necessita se recompor quando depois ele passa, ou seja, se achar de novo até voltar assim ao modo de ser cotidiano conhecido de si próprio. Sobre o temor Heidegger (2009; p. 201) diz que “ele confunde e faz “perder a cabeça”. O temor vela, ao mesmo tempo, o estar e ser-em perigo já que deixa ver o perigo a ponto da *pré-sença* precisar se recompor depois que ele passa”.

Na tentativa de se recompor de todo o sofrimento existencial que vivenciaram no decorrer de todo o processo gestacional e parturitivo, a mãe volta ao mundo do cotidiano, se sentindo segura e tranquila e descreve que tudo valeu à pena por esse momento, por que agora, *neste-aí*, está tudo bem, está com o filho vivo ao seu lado, está feliz. O que elas anunciam é que estão fechadas para a possibilidade da morte, porque agora vai dar tudo certo, porque foi Deus que quis que ela engravidasse e, quando Deus quer, a coisa acontece e tudo se realiza bem.

Estar grávida e numa situação que não foi planejada e nem desejada, ou mesmo que assim tenha sido, pode se constituir uma das experiências que compreensivamente por si só geram a emoção forte do medo, ficando mais evidente nas mães que tiveram vivência anterior de óbito fetal. Uma vez que ainda encontram-se presas às lembranças do episódio gestacional e parturitivo que culminou com a morte do filho, essas mães vivenciam momentos de pavor, horror e terror no processo evolutivo da gestação e parto atual e, para suportar tal carga de sentimentos, a importância de manter a fé em Deus e a presença da família, constitui-se a unidade fundamental de apoio que elas necessitam.

As mães no modo de ser da cotidianidade tomaram a decisão, aceitaram e assumiram a responsabilidade pela manutenção da gestação. Heidegger (2009, p.475) diz, “Lançada, a presença está, sem dúvida, entregue à responsabilidade de si mesma e de seu poder-ser, *mas*

como ser-no-mundo lançada, ela está referida a um “mundo” e existe faticamente com os outros”. A mãe enquanto presença na convivência cotidiana não é um ser só, ela compartilha um mesmo mundo com os outros que com ela coabitam. Esse mundo é chamado por Heidegger (2009) de mundo circundante, é o que costumamos chamar de ambiente, que é representado por tudo que se encontra, pelas situações vivenciadas pelo homem em seu relacionamento com as coisas onde ele possa ser visto e tocado pelos outros, ou seja, é o mundo de convivência do ser-aí no cotidiano é o mundo mais próximo também conhecido como mundo doméstico.

Nesse mundo, para o *ser-aí-mãe* a convivência com a família foi o fator primordial que congregou laços de fraternidade na busca de ajuda e compreensão para enfrentar os momentos difíceis, de medo, insegurança, ansiedade. Na “base desse ser-no-mundo *determinado pelo com*, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da presença é *mundo compartilhado*. O ser-em é *ser-com* os outros. O ser-em-si intramundano desses outros é *co-presença*” (HEIDEGGER, 2009, pág. 175).

Estas mães reconhecem na *co-presença* dos outros, uma *co-existência* de ajuda em que seu núcleo familiar se preocupa com ela e não apenas dela se ocupa. No pensar de Heidegger, o *ser-com* enquanto característica existencial da *pré-sença*, deve se exprimir na convivência através de um preocupar-se com o outro e um ocupar-se das coisas. O se ocupar não é uma característica ontológica do *ser-com*, mas sim um modo de ser da *pré-sença* para com os entes que vem ao encontro no mundo como ocupação. Sobre isso, Heidegger (2009, p.177) comenta que “o ente com o qual a pré-sença se comporta como ser-com, também não possui o modo de ser do instrumento à mão, pois ele mesmo é pré-sença. Desse ente não se ocupa, com ele se *preocupa*”.

Portanto, o mundo da existência humana é o lugar onde estamos sempre juntos com os outros *seres-aí*, pois somos especialmente *ser-com-o-outro*. A família, enquanto presença é abertura total para o ser mãe e esse existencial da família tem significância na circunvisão da mãe como preocupação da família no modo positivo da cura (cuidar). Para Heidegger (2009, p.179), “essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja à existência do outro não a uma *coisa* de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, *em sua cura*, transparente a si mesmo e livre para ela”.

A família para a mãe é sempre *ser-com*, por manter-se como fonte de afeto segurança e cuidado, reforçando a confiança que essas mães tanto precisam. Segundo Heidegger (2009, p.177) “Somente *num ser-com* e *para um ser-com* é que o outro pode faltar”. Assim, qualquer

movimento na vida da gestante que possa causar ruptura da relação gestante-cônjuge-família, pode ser gerador de estresse, pode interferir no desenvolvimento saudável da gestação.

O modo de se relacionar e viver “do homem com os outros homens” é sempre no modo “*com*”, “*ser-com*” ou “*sendo-com*” os outros é uma característica fundamental do “*ser-aí*” do existir humano é como me relaciono, penso, sinto, vivo com os meus semelhantes. “Com” do latim “*cum*” e do grego “*syn*” (simbiose, sincronizar) significa junto, algo ou alguém na presença do outro (Heidegger, 1981). Portanto, sem essas características de se relacionar e conviver com o outro a vida humana não teria sentido. As mães mostraram-se como *ser-aí-com* o bebê o esposo, companheiro, filhos, mãe, irmã, profissionais de saúde, dentre os quais os membros da equipe de enfermagem.

A gestação em si já condiciona a mulher a vivenciar um desafio que inspira situação de peculiar fragilidade física e emocional. Esse desafio torna-se mais complexo quando a mulher enfrenta uma gestação após uma vivência de óbito fetal. Engravidar de novo, para elas, foi viver um desafio difícil de superar, mas que elas afirmam que superaram porque contaram com pessoas que as ajudaram e também pelo fato de agora estarem com seus filhos vivo ao seu lado. A análise interpretativa desse vivido revela que essas mães viveram um desafio, sim. Desafio de ultrapassar todo um sofrimento existencial por acreditar e, ao mesmo tempo, desacreditar na possibilidade de ter um filho vivo e de viver ou de tentar superar o medo de perder o filho de novo.

A vivência do parto de ganhar um filho vivo e o fato de tê-lo junto a si após o nascimento faz as mães manifestarem reações de que agora deu tudo certo, que valeu a pena, pois conseguiram superar o medo da perda e agora estão felizes, entretanto o medo do filho vir a morrer paira, cerca, envolve e anuncia a todo o momento o contrário, ou seja, que elas ainda não conseguiram superar o medo da morte do filho por estarem fechadas para essa possibilidade. Segundo Heidegger,

Sendo-com os outros, a presença se mantém numa interpretação mediana, que se articula na fala e se pronuncia na linguagem. O ser-no-mundo sempre já se pronunciou e, *enquanto ser junto aos entes* que vêm ao encontro dentro do mundo, ele se anuncia, constantemente, no dizer e na discussão daquilo de que se ocupa. (HEIDEGGER 2009, p.501)

Elas anunciaram que estão vivendo o momento cronológico de atualidade em que o filho está vivo, está bem, elas não anunciam a possibilidade de sua morte e acreditam que como está tudo bem vai continuar tudo bem.

A compreensão mediana e banal do discurso materno mostra que as manifestações encobrem o ser mãe, quando elas divulgam que está tudo bem, que o filho agora é presença, e se ele “tá vivo”, “tá aqui”, “tá do meu lado”, então houve superação. Na ambiguidade, o desvelar desse ser mostra que elas continuam com medo de acontecer à morte do filho, seja antes ou após o nascimento, quando relatam que, estão sempre com medo de perdê-lo e que esse medo nunca passa.

A presença cotidiana encobre, na maior parte das vezes, a possibilidade mais própria, irremissível e insuperável de seu ser “a morte”. Essa tendência fática de encobrimento confirma a seguinte tese: como fática a presença está sempre na não-verdade.” (HEIDEGGER, 2009 p.333).

Permanecer na não verdade é comum e banal, pois no modo de ser do cotidiano da inautenticidade é assim que o humano se mostra. Assim sendo, as mães se abrem na fala e sem intenção (“inconscientemente”) revelam seus medos, dando sentido ao seu momento existencial.

Dominadas pelo temor, elas sofrem quando por alguma intercorrência surge a necessidade de internação do bebê. A preocupação e o medo da morte se intensificam e persistem durante todo o período de sua permanência no berçário, só amenizando após a alta. Decaindo de novo, essas mães não mostram abertura para a possibilidade de adoecimento e até de morte do filho. O *ser-á-mãe* nega para si e para os seus entes queridos a possibilidade da morte. Fugir da realidade é estar no mundo de todos, no mundo público, no impessoal.

As mães que engravidaram após óbito fetal vivenciam no cotidiano a inautenticidade e a impessoalidade do ser para a morte. Modo de ser originado de um grande temor da morte. Esse modo de ser propiciou abertura para uma interpretação pautada no conceito de ambiguidade. Esse conceito não será aprofundado neste estudo por seus antecessores, a curiosidade e o falatório, não se terem feito presentes na compreensão vaga e mediana.

Tomando-se por base essa abertura o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* anuncia a ambiguidade quando relata que ultrapassou todos os desafios e superou a perda do filho. Essa afirmação divulga que *neste aí* elas não compreenderam ainda que mesmo nascendo vivo o bebê pode morrer depois. A ambiguidade se revela não só nesse momento, mas acompanha toda a temática quando elas não compreendem por não aceitar hora nenhuma que o bebê pode morrer, elas não compreendem que mesmo que fosse o segundo ou terceiro evento de perda de uma mãe, ainda assim, haveria a possibilidade de acontecer à morte do filho. “Na ambiguidade tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido

autenticamente quando, no fundo, não foi. Ou parece que não o foi quando, no fundo, já foi” (HEIDEGGER, 2009, p.238).

O estudo aponta para a ambiguidade quando elas não compreendem quando pensam que compreendem e compreendem quando pensam que não compreendem a questão da possibilidade da morte intra-útero. Portanto, na verdade, elas não se compreendem como ser de possibilidades. Heidegger (2009, p.239) expõe que “a ambiguidade da interpretação pública revela que desse modo, no impessoal, o compreender da presença não vê a si mesmo em seus projetos, no tocante às possibilidades ontológicas autênticas”.

Ainda sobre a ambiguidade, Heidegger expressa que,

Deve-se considerar que a ambigüidade não nasce primordialmente de uma intenção explícita de deturpação e distorção e nem é detonada primeiro por uma presença singular. A ambigüidade já subsiste na convivência enquanto convivência *lançada* num mundo. Entretanto, publicamente, ela se esconde, e no *impessoal* haverá sempre de objetar que essa interpretação não corresponde ao modo de ser da interpretação do impessoal. (HEIDEGGER, 2009. P.239)

Portanto, na ambiguidade como modo de ser de todos, a mãe conhece o que já passou e pensa que compreende que a morte é possibilidade, no entanto, nada compreende. Em seu mostrar-se, não há a intensão de distorcer essa realidade, mas sim o movimento existencial da ambiguidade fundada na ingenuidade do desejo de ter seu filho nos braços e com ele permanecer por toda sua vida de ser intramundano. Assim, mostram-se fechadas para a possibilidade de toda a impossibilidade que é a morte e, lançadas no modo de ser da inautenticidade, impessoalidade e da impropriedade elas fogem desse estar lançada e tentam negar e se esconder a vida inteira da possibilidade da morte, para si e para seus entes queridos.

Essas mães, mesmo estando com seus filhos vivos, se mostram no cotidiano no modo de ser da inautenticidade. “Viver autenticamente é projetar-se nas bases de suas próprias possibilidades, é ter a coragem de olhar de frente a condição do seu próprio *não-ser*, é sentir a angústia do ser para a morte.” (HEIDEGGER, 2009, p. 329) Estar com o bebê agora não significa estar sempre. Houve uma abertura para *ser-aí-com* o próprio bebê, com os familiares e os profissionais de saúde que cuidam delas. Então o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* é um *ser-aí-com*, dominadas pelo temor e fechadas como ser de possibilidades. A consciência de si enquanto poder ser, enquanto um ser para a morte, constitui ponto de partida para as mães compreenderem e superarem, ou não, todo o seu temor e sofrimento existencial o que, naquilo que foi possível compreender neste estudo, ainda não aconteceu com essas mães.

6 CONSTRUINDO POSSIBILIDADES ASSISTENCIAIS FUNDADAS NA SINGULARIDADE DO MOVIMENTO EXISTENCIAL DO SER-MÃE-QUE-ENGRAVIDOU-APÓS-ÓBITO-FETAL

A opção por esta temática faz parte de uma inquietação que acompanha tanto minha vida familiar quanto profissional. Ser enfermeira obstetra e *ser-com* a mãe que engravidou após óbito fetal manifestando um vivenciar de medo e preocupação foi o que me conduziu aos caminhos da pesquisa fenomenológica. Esta abordagem de investigação busca compreender o ser do humano a partir da vivencia e do vivido favorecendo desvelar o sentido fundante do fenômeno estudado que, no cotidiano, mostra-se encoberto pelas manifestações significativas a partir das bases existenciais de tais significados.

Fundamentada no método e no pensamento Heideggeriano, iniciei a investigação com o objetivo de desvelar o sentido do ser mãe que vivenciou uma gestação após óbito fetal. Conviver com as mães no modo de *ser-com* por ocasião da captação dos depoimentos possibilitou-me sentir e ouvir delas o quanto foi significativa a abertura dada para falar de sua vivencia e seu vivido.

Atendendo ao rigor dos estudos fenomenológicos, considerando a modalidade de conhecimento que está sendo construído e atendendo o método e pensamento heideggeriano, caminhei para a compreensão mediana dos sentimentos, comportamentos e percepções expressos pelas mães em seus depoimentos e, assim, obtive significados reveladores da dimensão ôntica dessa vivência. A seguir, através da interpretação desses significados, foi possível desvelar facetas do fenômeno *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* de modo a captar seu sentido que é inerente da dimensão ontológica. Contudo, não considero que o fenômeno mostrou-se em sua totalidade, corroborando, Capalbo (2008) afirma que a compreensão não é plena, pois a verdade se manifesta (se aclara) e se esconde (se oculta), sendo a impossibilidade de desvelamento total o que impulsiona o homem nessa busca incessante.

Sobre a compreensão e interpretação, Heidegger (2009) afirma que, na compreensão, a *pré-sença* projeta seu ser para possibilidades e, na interpretação, a compreensão se torna ela mesma e não outra coisa. Nesse movimento de compreensão e interpretação, o ser mãe mostrou-se em *si-mesmo* no modo próprio de ser do cotidiano, na inautenticidade na impessoalidade no temor e na ambiguidade. Presa num tempo cronológico passado de

lembranças que nunca foi e nunca será esquecido, o *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* recorda e descreve todos os momentos de dor e sofrimento vivenciado no passado.

Como essas mães já passaram pela situação de óbito fetal, parece que compreendem que a morte é a possibilidade mais própria do *ser-aí*, entretanto, não a aceitam. E, assim, permanecem durante todo o processo grávido-puerperal fechadas para essa possibilidade, vivenciando reações no plano ôntico de preocupação, medo, insegurança, comparações e em vigilância permanente quanto à vitalidade do bebê.

Ocupada com tudo que pensam que pode garantir o bem estar do filho a mãe procura o serviço de saúde com varias queixas. Diz-se para esta mãe que ela esta muito nervosa, apreensiva que não precisa ficar assim e às vezes isso é dito de forma geral para todas. Da mesma forma o momento do parto tão aguardado e valorizado pelas mães nem sempre é compreendido pelos profissionais da enfermagem e da saúde como significante indicativo do temor na modalidade do terror. Alguns membros da equipe de enfermagem, bem como outros profissionais da área da saúde não compreendem toda a ansiedade, expressa no modo de ser do terror, vivida por estas mães.

Esta reflexão faz uma proximidade para se estabelecer como podemos cuidar dessas mulheres na ótica delas, *sendo-com-elas*. Assisti-las no modo de ser-com significa acima de tudo realizar um cuidado fundado na compreensão, se colocar no lugar do outro, na escuta atenta, na forma de olhar tocar e sentir o outro com carinho, afeto e preocupação, não delas se ocupando.

Este modo de ser desvelado neste estudo indica o pensar das mães, e também mostra facetas do seu existir que é singular. Entretanto o saber científico que dita às regras, padroniza rotinas de assistência fundamentada em um fazer técnico que valoriza a patologia, o quadro clínico, o tratamento e desvaloriza a mãe como *pré-sença*, *poder-ser*, ou seja, é assumida uma postura tradicional de assistir no modo indiferente, inautêntico e impessoal como se assiste a todas, retirando-lhes a singularidade. O que segundo Heidegger significa *um modo deficiente de cuidado*. É assim, um assistir como *ser-junto* à mãe e não como *ser-com* a mãe.

Com base no conhecimento produzido e na tese que se defende neste estudo, os profissionais precisam agregar ao processo de cuidar do *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal*, o movimento existencial do ser-com para desenvolver de modo singular o principio da humanização que se da através da afetividade, da solidariedade, e do respeito à individualidade humana. O estudo mostrou que enquanto *ser-mãe-que-engravidou-após-*

óbito-fetal, elas precisam ser ouvidas e compreendidas, exatamente porque ao vivenciar o processo grávido puerperal estão expostas ao movimento da ambiguidade.

Cabe à equipe de enfermagem ou de saúde, ao entrar em contato com uma gestante, parturiente ou puerpera na unidade de saúde ou na maternidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação do parir e do nascer para aquela mulher e sua família. Se a equipe estiver atenta a essa questão torna-se capaz de atender adequadamente à demanda emocional destas mulheres e família e assim possibilita-lhes uma vivência mais amena de seus temores. Portanto, precisa-se concretamente proporcionar um cuidado a essas mães, de forma que elas possam ser ouvidas, sustentadas, apoiadas, internadas e acompanhadas por familiares.

O objetivo do cuidado em saúde vai muito além do tratamento biomédico, deve congrega elementos que envolvam competências e habilidades técnicas e psicoemocionais dos profissionais, no intuito de promover um ambiente relacional que permita ao outro a descoberta do valor de sua existência.

Assim, o cuidado a essa mulher originado da compreensão hermenêutica pode ser articulado a partir da posição prévia da ciência que diz que a gestação desta mulher é de risco e inspira cuidados. Mas, principalmente, como cuidado singular também pode constituir-se da concepção prévia decorrente do desvelamento do sentido do ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal que revelou uma intensa e forte vivência de medo que gera total insegurança no vivenciar deste novo ciclo grávido-puerperal.

O acolhimento e a humanização aparecem como elementos essenciais da política de saúde da mulher. Portanto, na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento, a prática cotidiana dos serviços de saúde reflete a qualidade da relação profissional com usuário e ou paciente. Como parte integrante deste modelo assistencial a enfermagem também tem papel fundamental e diferenciado por estar sempre presente na porta de entrada desde o acolhimento desta mulher, durante todos os procedimentos que ela necessitar ser submetida, finalizando com sua alta.

O parto e o nascimento são ao mesmo tempo atos fisiológicos e acontecimentos sociais, culturais e afetivos da vida das mulheres e das comunidades. Segundo (BRASIL, 2004, p.59) 91,5% dos partos são realizados em ambiente hospitalar. A posição prévia da ciência classifica a gestante que engravidou após óbito fetal como de risco e padroniza normas e rotinas voltadas à captação destas mulheres e acompanhamento do desenvolvimento da gestação e do parto, ou seja, estabelece cuidados voltados para as condições de

desenvolvimento do embrião e do feto. Também se costuma falar muito com essa mulher sobre a doença e se ouve pouco essa mulher. Ao ouvi-las emerge a possibilidade de se construir um cuidado que possa ajudá-las a reduzir o medo de perder esse filho.

Como parte do cuidado durante sua internação, a presença de um acompanhante familiar e muito relevante para essa mãe, visto que no desenvolvimento de todo o processo gravídico, sempre contou com esse apoio. Apesar de garantida pelo programa de humanização da assistência ao parto e nascimento, a presença de um acompanhante *com-a-mulher*, esse direito nem sempre é obedecido pelas instituições de assistência ao parto. Não existe, portanto, justificativa para que as mulheres permaneçam sozinhas nesse momento tão importante e delicado de sua vida, pois “Atualmente, o direito à presença de acompanhante no parto é uma conquista, regulamentada pela Lei n.º 11.108, sancionada em 7 de Abril de 2005”. (BRASIL, 2008 p.23). Assim como o isolamento e abandono da mulher na hora do parto são considerados uma manifestação de violência institucional.

O serviço de saúde precisa estar alerta de que essas mães merecem um atendimento diferenciado porque elas são diferentes de outras mães que nunca perderam um filho, elas têm vivência da perda fetal, enquanto as outras, que nunca passaram por esse insucesso obstétrico, têm apenas a experiência da perda fetal e não vivenciaram a gestação inteira um medo apavorante.

Esse cuidado implica não só em ouvi-las, mas demonstrar acolhimento diferenciado para que não se sintam inibidas de falar que estão tensas. Essa mãe precisa ser encorajada pelos profissionais, não só a procurar o serviço de saúde quantas vezes quiser e sentir necessidade, como também a falar dos seus medos, das suas dúvidas, das suas preocupações, pois só assim ela poderá ser apoiada e esclarecida de forma a aliviar suas tensões. Nesse modo de acolhimento, ela precisa sentir que é importante para os profissionais, ela precisa sentir que não é mais uma grávida parturiente ou puérpera a ser atendida, ela precisa ser fortalecida em sua identidade pessoal e autoestima.

A formação do enfermeiro em particular, sensibiliza-o ao desenvolvimento de competências, chamadas educativas que o direcionam a adotar comportamentos que o levam a ser em potencial mais promotor do que receptor da linguagem verbal. Portanto, a escuta atenta é uma habilidade que deve ser desenvolvida pelo “*ser-enfermeiro*” que exige grande esforço e habilidade em, afastar-se do seu “eu” dos seus preconceitos e pressupostos e ouvir o outro, em ser capaz de compreender, trocar idéias e oferecer ajuda.

Na qualidade de profissional que atua nesse cenário buscando estabelecer mudanças e transformações na forma de pensar, cuidar, e assistir em enfermagem é que acredito que os resultados desta pesquisa representam a possibilidade de repensar a prática vigente do enfermeiro com relação à assistência a essas mulheres. Porém, é sabido que o ingrediente principal para essas transformações reside em mudanças pessoais e sensibilização do próprio ser enfermeiro para problemáticas que envolvem as questões existenciais da vivência e do vivido do cotidiano do ser humano e especialmente da mulher.

Foi também possível refletir que muitas vezes no cotidiano da prática obstétrica, nós enfermeiros fechamos os olhos e o coração para este ser-aí e deixamos de ser-com, ou seja, nos omitimos na presença, no assistir, no sentir, no ouvir essas mulheres.

É necessário que o enfermeiro compreenda a si mesmo e às suas possibilidades e se coloque no lugar do outro, não somente para sentir o que o outro experimenta, mas para ter a sensibilidade e o poder de apreender as possibilidades que cada um é no mundo circundante. E que, dessa forma, o encontro com a mãe ocorra no modo de *ser-com* tanto no serviço de pré-natal quanto no acompanhamento durante a internação para tratamento clínico ou obstétrico, durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito. Penso que isto é possível por acreditar que a abertura às mães é possibilidade existencial do *ser-enfermeiro* por se encontrarem envolvidos no processo de humanização da assistência.

Como docente e enfermeira assistencial convivendo com acadêmicos de enfermagem e medicina, afirmo que os currículos dos respectivos cursos não abordam a temática em questão da forma como neste estudo é refletida. A formação profissional do enfermeiro, ainda que empenhada na reformulação pedagógica e curricular, permanece pautada no modelo assistencial, que valoriza os aspectos fisiopatológicos, a competência técnica, a administração dos serviços e os protocolos de atendimento. Não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica. Portanto, mudar a postura diante da do *ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal* é uma necessidade que vem de encontro à prática do enfermeiro.

As reflexões aqui levantadas possibilitam semear ideias de um novo direcionamento para o ensino, a assistência e a pesquisa em enfermagem e que, no futuro, se possa trazer contribuições efetivas para a formação e o cuidar, por apontar novas estratégias que busquem, como suporte fundamental da assistência, a compreensão do outro, valorizando uma relação interpessoal autêntica que permita, no encontro cliente/paciente e profissional, o emergir de modos próprios de ser.

Diante das revelações aqui apontadas e mediante todas as reflexões que emergiram relacionadas ao cuidado de enfermagem, este estudo abre a possibilidade de promover um trabalho de “**sensibilização**” sobre a temática em questão. Esta intenção pode ser concretizada na forma de orientação a grupos de profissionais que assistem no serviço de acolhimento tanto da instituição cenário da pesquisa quanto de outras maternidades e serviço de pré-natal das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de modo que esteja incluída nas temáticas a questão do significado do óbito fetal e da gestação após óbito fetal.

Assim defendo a tese de que no ciclo grávido-puerperal a atenção tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, deve agregar aos fatores de risco obstétrico os modos de ser reveladores do cotidiano de medo e de preocupação inerentes à dimensão existencial da mulher que engravidou após óbito fetal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Lannuze Gomes et al. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controlado. **Rev Bras Gin Obst**; 31161285-92, 2009.

AMPESE, Deyse. A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável. **Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo,1(2) p. 70, 77; 2007.

ARAÚJO, BF. Bozzeti MC, Tanaka ACA. Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. **J Pediatria**; 76: 200-6, 2000.

BACKES, Direce Estein et al. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: resignificação de valores e princípios pelos profissionais de saúde. **Rev Lat-Am Enf**, v.15, n.1, Ribeirão Preto Jan/Fev, 2007.

BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Trad. Waltensin Dutra, 5ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 370 p.,1985.

BARRON, Willian M. e LINDHEIMER, Marshall D. **Complicações médicas na gravidez**. Tradução: Elizabeth Krahe. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

BARRETO, Nilza Maria Fernandes. **Avaliação da assistência à mulher: Análise à luz da política de atenção integral à saúde da mulher (PAISM)**, 170p. Dissertação (mestrado) em serviço social. Universidade Federal da Paraíba / João Pessoa, 2004.

BOWLBY, John. **Perda, tristeza e depressão: psicologia e pedagogia**. Tradução de Waltensir Dutra. Martins Fontes, São Paulo, 2004.

BOURNE S. Lewis E. Pregnancy after stillbirth or neonatal death. **In The Lancet**. 1984; 8393 :31-33.

BRASIL, Organização Mundial de Saúde. **Manual da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde**. Décima revisão. Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em, São Paulo, 1993.

_____, **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

_____, **Manual técnico da gestação de alto risco**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

_____, Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres- **Plano Nacional de Políticas para as mulheres**, 104p, 2004.

_____, **Manual Técnico do pré natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada.** Ministério da Saúde, Brasília, 2005, 2006.

_____, **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil.** Ministério da Saúde; Brasília, 1998.

_____, **Visita aberta e direito a acompanhante. Humaniza SUS.** Ministério da Saúde; Brasília, 2008.

_____, **Resolução N° 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde; Brasília, 1996.

BRAZELTON, T. Berry. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Tradução: Dayse Batista. Artes Médicas, Porto Alegre, 1988.

CAMARGO, Antonio Benedito Marangone. A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 30-47, jan./jun., São Paulo, 2008.

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e ciências humanas.** Âmbito Cultural, Rio de Janeiro, 1987.

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e ciências humanas.** Aparecida, Idéias e Letras, São Paulo, 2008.

CARTLIDGE, PHT e STEWART JH. Effect of changing the stillbirth definition on evaluation of perinatal mortality rates. **Lancet**; 1(346), p. 486-8, 1995.

CARVALHO, Fernanda Torres de, MEYER, Laura. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. **Boletim de psicologia**, v. 57, n.126, São Paulo, julho de 2007.

CORREA, Adriana Katia. Fenomenologia uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. **Rev Lat-Am. Enf Ribeirão Preto**, v.5, n.1, p.83-88, Rio de Janeiro: 1997.

CRAMER, B. e PALACIO E. **Técnicas Psicoterápicas mãe-bebê.** Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

COSTA, Manola Vital de Souza. **Dor e superação de mães e bebês prematuros: trajetória da UTI para o convívio familiar.** 186 p. Tese de doutorado em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, Manola Vital de Souza. Sobre a gravidez subsequente a morte perinatal- a síndrome da criança de substituição. **Rev Psic Am Lat**, n.13 México julho, 2008.

COUTO, Evelyn Regina et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. **Med. J. V.127**, n.4. S. Paulo, Julho de 2009.

CUISINIER, M. e JANSSEN H. Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.** 1996; 17 (PT. 3): p. 168-174, 1996.

DATASUS. **Óbitos fetais por Ocorrência** segundo Município no período de 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/fetPA.def> Acesso em: 02/05/2010.

DE LORENZI, DRS, et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cad. de Saúde Pública** 2001; 17:141-6, 2001.

DEL PRIORI M. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidade e mentalidade no Brasil colônia. José Olímpio/EDUMP, Rio de Janeiro, 1993.

DUARTE, Claudia Aparecida Marchetti. TURATO, Ribeiro Egberto. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. **Rev Psic em estudo**. V14. n 03, Maringá. Julho, setembro 2009.

EVANGELISTA, K. A. dos Santos. **Amor materno natureza ou cultura**: um estudo sobre as representações com mulheres da Ilha de Santa Catarina. 341 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 1999.

FRANCHE, RL e Mikail, SF. The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. In **Social Science and Medicine**. 1999, 48 p. 1613-1623, 1999.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5ªed. Artes Médicas, Porto Alegre, 2006.

FURMAN, E. The death of the newborn: care of the parents. In **Birth and the family Journal** 1978; p. 214-218, 1978.

GARCIA, Marcos ML. et al. Mortality rates in childhood and their causes in Spain. **An Españoles Pediatría** 1998; 48:38-43, 1998.

GOBBI, Débora Rita. **O sonho da maternidade**: Representação social de mulheres que vivenciam aborto recorrente: 179p. Dissertação (mestrado) em enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. 4ª edição, Vozes, Petrópolis, 2009.

_____. **Todos nós ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Tradução de Dulce Maria Critelli. Moraes, São Paulo, 1981.

HELLER, SS e CHARLES, HZ. Attachment disturbances in infants Born subsequent to perinatal loss: a pilot study. **Infant Meent Health J** 1999; 2 (PT. 20): p. 188-199. 08.

IBGE. **Nascidos vivos**, ocorridos no ano, por local do nascimento, número de nascidos por parto e sexo, segundo o lugar de residência da mãe – 2009. Disponível em <http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2009/tabelas_pdf/tabela1_2.pdf>. Acessado em: 16/07/2010.

JANSEEN, H. J. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. **Am J Psychiatry** 1996, p. 226-230, 1996.

KAHALE, S. Quando vamos melhorar a qualidade da assistência perinatal no Brasil? **Rev Gin Obst** 2000; 11:1, 2000.

KENNETH, R. Kellner e LAKE, Marian F. Aconselhamento no luto. In: KNUPPEL e DRUKKER. **Alto risco em obstetrícia**: um enfoque multidisciplinar. 2º edição. EPU, Porto Alegre, 1996.

KLAUS, Marshall H. e KENNEL, John H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para independência. Tradução: Maria Rita Hofneister. Artes Médicas, Porto Alegre, 2000.

LANSKY, Sônia et al. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Púb**; 36(6): 759-72, 2002.

LEON, JG. The psyconanalytic conceptualizatio of perinatal loss: a muldimensional model. **AM J Psychi**; 149:p. 1464-1472, 1992.

LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Fenomenologia e pesquisa em enfermagem. **Rev Enf UFRJ**: v.3, n.1, p.72, maio 1994, Rio de Janeiro, 1994.

LOWDERMILK, Deitra Leonard. **O cuidado de Enfermagem materno**. 5ed. Artmed Editora, Porto Alegre, 2002.

LOUREIRO, Maria Francelita Frota. **O sentido do comportamento materno diante da morte do filho**. Pós-graduação/DENF/UFC, Fortaleza, 1998.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**. 9. ed. Vozes, Petrópolis, 2000.

MARTINS et al. O impacto emocional materno diante da perda fetal durante a gestação: aspectos qualitativos. **Rev Gin Obst.** 9: 153-9, 1998.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Fenomenologia Heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Rev Enf UFRJ**, Rio de Janeiro: v.10, n.2, p.299, agosto 2006.

NIOBEY, FML et al. Qualidade do preenchimento de atestados de óbitos de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Púb;** 24:311-8, 1999.

NORONHA, Lúcia de et al. Mortalidade intra-uterina: análise comparativa de 3.904 necrópsias do Hospital de Clínicas no período de 1960 a 1995. **J. Pediatria;** 76(3): 213-21, 2000.

NURDAN, Nestor et al. Óbito fetal em microrregião de Minas Gerais: causas e fatores associados. **Rev Bras Ginec Obstet;** 25 (2), 2003.

PHIPPS S. The subsequent pregnancy after stillbirth: Anticipatory parenthood in the face of uncertainty. **Int. J. Psychiatry Med.;** 86 (pt. 15): p. 243-267, 1985.

OLIVEIRA, F.A.M. **Perfil epidemiológico do óbito fetal na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2009**. 73p. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade do Estado do Pará. Escola de Enfermagem Magalhães Barata, 2010.

PADOIN, Estela Maris de Melo. **O cotidiano da mulher com HIV (AIDS) diante da (im) possibilidade de amamentar:** um estudo da perspectiva Heideggeriana. 195p. Tese de doutorado em enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2006.

PRETE, Denise Cavernagi. **Óbito fetal no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, S. Paulo, 2001.

QUAYLE J. M. **A maternidade em crise:** origens e repercussões emocionais do abortamento espontâneo. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991.

ROUQUAYROL, MZ et al. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo caso controle. **J. Pediatria,** 72:374-8, Rio de Janeiro, 1996.

RESENDE, Jorge de e MONTENEGRO, Augusto. **Obstetrícia Fundamental**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2007.

RUBIN R. **Maternal identity and the maternal experience**. Springer; New York, 1984.

SANTOS, Alba Lúcia Dias dos. **Histórias de perdas fetais contadas por mulheres**. Dissertação (mestrado) Faculdade de Saúde Pública (Universidade de São Paulo), São Paulo, 2000.

SANTOS, Alba Lúcia Dias dos.et al. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Rev Saúde Públ**;38(2), 2004.

SCHUPP, Tânia Regina et al. Qual é a conduta atual no óbito fetal. **Rev Ass Méd Bras**; 48(4), 2002.

SILVA. Carmen Lúcia Miranda da. **Morte intra-útero: A enfermagem compreendendo a vivência de mães**. 111 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem/Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2003.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez parto e puerpério**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

SOUZA, Ivís Emília de Oliveira. **O desvelar do ser gestante diante da possibilidade de amamentação**. 83 p. Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1993.

STASEVSKAS, K. O. **Ser mãe: narrativas de hoje**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

THEUT SK. Resolution of parental bereavement after a perinatal loss. **J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry**; 29 (pt.4): p.335-341, 1989.

THEUT SK. Resolution of parental bereavement after a perinatal loss. **J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry**; 1990; p. 521-525, 1990.

TONY KH. Et al. Anterpartum Depressive Symptomatology is Associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. **Psycho Med** 2001; p. 830-834, 2001.

VARDANEGA, K. et al. Fatores de risco para natimortalidade em um hospital universitário da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 61722,2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n9/v24n9a08.pdf>>. Acesso em: 28 abr 2008.

VALENTE, Thaysa Zubek. LOPES, Cléa Maria Ballão. A perda simbólica e a perda real: o luto materno. **Salão de Extensão e Cultura**, anais. Universidade Estadual do Centro Oeste UNICENTRO. 2008.

VIEGAS, Dráuzio e MORAES, Roberto de Vilhena. **Neonatologia para Estudantes de Pediatria e de Enfermagem pediátrica**. Atheneu, Rio de Janeiro, 1996.

ZAX M. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. **Amer. J. Orthopsychiatr**; 2 (pt.42): p. 218-229, 1977.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DOUTORADO E PESQUISA EM ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: Mulheres que vivenciaram gestação após óbito fetal: Um olhar fenomenológico.

A pesquisa que vou realizar tem como objetivo compreender como foi sua experiência de passar novamente por uma gestação após ter perdido um bebê. Esta pesquisa faz parte da minha tese de doutorado, para tanto estou solicitando sua importante colaboração no sentido de responder duas perguntas a respeito dos seus sentimentos desta vivência. Sua participação é muito importante para que os profissionais saibam o que vocês sentem, e assim melhorar a assistência às mulheres que passarem por esta experiência. Solicito a você que participe da entrevista, que será gravada se a senhora permitir, com aparelho MP4 de gravação de voz, onde prometo não contar seu nome. Pois será substituído por outro que a senhora escolher. Você é que decide se quer participar ou não, porém informo que não tem riscos para sua saúde, e a qualquer momento inclusive por ocasião da entrevista poderá desistir sem sofrer nenhuma penalidade. Caso resolva desistir a entrevista será apagada na sua presença. Deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa, guardadas por cinco anos e depois destruídas. Os resultados serão apresentados na Universidade, poderá ser apresentado também em encontros científicos e publicados em revista. Não há pagamento e nem despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Tanto eu como a Universidade não receberemos pagamento pela pesquisa, pois este trabalho será realizado com meus próprios recursos financeiros. Estou à disposição para esclarecimentos, seja do modo como vou trabalhar, seja do conteúdo e dos objetivos da pesquisa, para tanto você poderá me encontrar no telefone e endereço abaixo. Assim como, se desejar tirar dúvida ou outro esclarecimento poderá procurar o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa). Da Universidade do Estado do Para, no endereço Av. José Bonifácio nº1289, fone (091) 32490236 - 32494671.

Desde já agradeço a sua valiosa colaboração.

Pesquisador responsável: Carmen Lúcia Miranda da Silva (celular) 81594885, res.(091)32293116
COREN 26.516. Orientadora Ivis Emilia de Oliveira Sousa (021)25714343.

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que compreendi as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecida sobre o conteúdo da mesma. Discutir com a pesquisadora sobre minha decisão em participar, autorizando a gravação da entrevista, ficando claro para mim, qual é o objetivo da pesquisa, como será realizada e a garantia de que meu nome não vai aparecer nos resultados e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa assinando este documento.

Belém, / /....

Assinatura da entrevistada: _____

Assinatura do responsável por obter o consentimento: _____

APÊNDICE 2

CARACTERIZAÇÃO DAS DEPOENTES

Iniciais da Mãe: Idade:
Gesta: Profissão:
Para: Tipo de parto:
Aborto: Intervalo intergestacional:
Religião: Escolaridade:
Endereço:

Idade Gestacional atual:

Situação conjugal:

Sexo do filho atual:

Pré-natal:

QUESTOES ORIENTADORAS DA ENTREVISTA

1- Como está sendo para a senhora a experiência de outra gestação, depois de ter perdido um bebê? (com as gestantes).

2- Como foi para a senhora a experiência de outra gestação, depois de ter perdido um bebê? (com as mulheres que já tinham tido o filho)

APÊNDICE 3**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Da: Professora CARMEN LÚCIA MIRANDA DA SILVA
Para: Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Sr. Presidente,

Venho por meio desta solicitar a permissão de V. S^a para desenvolver a pesquisa intitulada “Mulheres que vivenciaram gestação após óbito fetal: Um olhar fenomenológico”. Cumpre-me informar que esta pesquisa resultará na minha Tese de Doutorado, curso que ora realizo na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ivis Emília de Oliveira Souza.

Esclareço que, conforme a metodologia a ser desenvolvida, as depoentes entrevistadas serão esclarecidas acerca dos objetivos e deverão concordar em participar da pesquisa, como voluntárias, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido conforme Resolução 196/96 do CNS. M.S.

Colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, desde já agradeço a atenção recebida.

Atenciosamente,

CARMEN LÚCIA MIRANDA DA SILVA

Enfermeira

COREn-Pa. n° 26.516

OBS.¹: Em anexo segue cópia do projeto de pesquisa.

APENDICE 4**CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP**

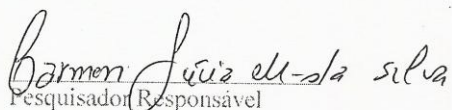
Belém, 10 de Fevereiro de 2010.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Universidade do Estado do Pará
Curso de Graduação em Enfermagem
Belém-Pará

Senhor (a) Coordenador (a).

Encaminho em anexo, toda documentação necessária para compor o protocolo do projeto de pesquisa intitulado "Gestação Subseqüente a um óbito fetal: Um olhar fenomenológico", de minha autoria, sob orientação da Dr^o Ivis Emilia de Oliveira Sousa, do curso de doutorado em enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery, para análise e parecer ético desse comitê.

Atenciosamente,


Pesquisador Responsável

APÊNDICE 5**LISTA COM PSEUDÔNIMOS**

MARGARIDA
ROSA
VIOLETA
JASMIN
ORQUIDEA
LIRIO
GIRASSOL
COPO DE LEITE
BEGÔNIA
KATTLÉYA
CRISÂNTEMO
PAPOULA
HELICÔNIA
PETUNIA
TULIPA
LAVANDA
HORTÊNCIA
CAMÉLIA
DÁLIA

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE APRESENTAÇÃO DA UFRJ/EEAN AO CAMPO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa

Rio de Janeiro, 16 de dezembro de 2009

Ilmo (a). Sr. (a)

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apresentamos a aluna CARMEN LÚCIA MIRANDA DA SILVA regularmente matriculada no Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o nº 109084418.

Outrossim vimos solicitar a V. S^a autorização para que a supra referida, possa coletar dados, com vistas ao desenvolvimento de sua Tese de Doutorado.

Atenciosamente,

Maria da Soledade S. Santos
Prof^a Dr^a Maria da Soledade Simeão dos Santos
Coordenadora Operacional do Pólo de Pós-Graduação Stricto Sensu
EEAN/UFRJ – DE/UEPA

ANEXO 2

CARTA DE ACEITE DA INSTITUIÇÃO



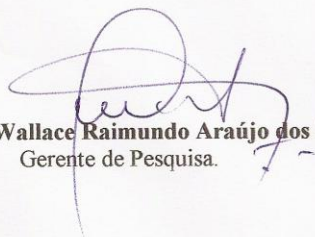
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORA DE ENSINO E PESQUISA
GERÊNCIA DE PESQUISA



CARTA DE ACEITE

Damos ciência do conhecimento do projeto de Tese de Doutorado intitulado “MULHERES QUE VIVENCIARAM GESTAÇÃO APÓS UM ÓBITO FETAL: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO”, estamos de acordo, porém sua execução nesta instituição dar-se-a após a aprovação de um comitê de ética em pesquisa. Sendo, portanto obrigatório a apresentação da carta de aprovação a Gerência de Pesquisa da FSCMPA para a execução do projeto.

Belém, 02 de fevereiro de 2010.


Dr. Wallace Raimundo Araújo dos Santos.
Gerente de Pesquisa.

CEP /Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Rua Oliveira Belo, 395 –Umarizal – Fone: (091) - 4009.2264, CEP: 66.050-380 – CNPJ: 049.293.45/0001-85 – Belém – Pa.
E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br

ANEXO 3

PARECER DO CEP



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CAMPUS IV
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/Campus IV/CCBS / UEPA
End. Av. José Bonifácio, 1289 CEP: 66063-010 Fone: (091) 3249-0236 Fax: (091) 3249-4671 Ramal: 208, Email: cepenfuepa@yahoo.com.br

Parecer Final

Sr. (a). Pesquisador (a).

O projeto de protocolo (CAAE): **0015.0.321.000-10**, cujo título é: **Mulheres que vivenciaram gestação após um óbito fetal: Um olhar fenomenológico**. Sob a responsabilidade do (a) Pesquisador (a) **Prof.^a Carmem Lúcia Miranda da Silva**, foi **APROVADO** pelo CEP em 11/03/2010.

Informamos que o pesquisador ao submeter o projeto ao CEP de acordo com a Resolução 196/96 se compromete a:

- Informar qualquer tipo de mudança nos procedimentos, caso ocorram, ao CEP para que possa ser novamente analisado.
- Comunicar imediatamente a interrupção da pesquisa, com justificativa.
- Enviar periodicamente relatório ao CEP sobre o andamento da pesquisa.
- Comunicar imediatamente, qualquer reação adversa no curso da pesquisa.

Belém, 12 de março de 2010.

Prof.^a Msc. Carmen Lúcia Miranda da Silva
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa-Enfermagem/UEPA
COREN/PA. 26516

Carmen Lúcia
Prof.^a MSc. **Carmen Lúcia da Miranda da Silva**
Coordenadora do Comitê de Ética/ENF/UEPA
COREN-PA 26516