

Perda e luto: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal

Loss and grieving: the experiences of women who terminate a pregnancy due to lethal fetal malformations

Elenice Bertanha Consonni¹

Eucia Beatriz Lopes Petean²

Abstract *The scope of this study was to investigate the grieving experiences of women who terminated pregnancies under judicial authorization, due to life-incompatible fetal malformation. Ten women attended in the Fetal Medicine Department of Botucatu Clinical Hospital participated in the study. Data collection was conducted by means of semi-structured interviews forty days after termination. The interviews were recorded and transcribed in full, with the data analyzed from the thematic content analysis perspective. The results revealed that the mothers sought explanations and meanings for the loss, with religious responses and self-blame being very frequent. The reports were marked by feelings of sadness, longing and sensations of emptiness due to the loss of the child, revealing the need of the mothers to dwell on the issue. The mothers were and continued to be linked to their children; the termination of the pregnancy, although being a choice to minimize the pain of an inevitable loss, did not spare the women from experiences of great suffering. The study includes input for the discussion and planning of health approaches and care for women who terminate their pregnancy due to lethal fetal malformation, by means of judicial authorization.*

Key words *Fetal malformation, Termination of pregnancy, Grieving*

Resumo *O presente estudo teve por objetivo conhecer as vivências de luto de mulheres que interromperam a gestação sob autorização judicial, devido à malformação fetal incompatível com a vida. Participaram do estudo dez mulheres atendidas no Setor de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas de Botucatu. Para coleta dos dados foi realizada entrevista semiestruturada quarenta dias após a interrupção. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas na íntegra e tiveram os dados analisados na perspectiva da análise temática de conteúdo. Os resultados revelaram que as mães buscaram explicações e significados para a perda, sendo muito frequentes respostas religiosas e autoculpabilizantes. Os relatos marcaram sentimentos de tristeza, saudade e sensação de vazio pela perda do filho, revelando também a necessidade das mães de manterem-se ligadas a ele. As mães estavam e continuaram vinculadas aos seus filhos e a interrupção da gestação, embora tenha sido uma escolha para minimizar a dor de uma perda inevitável, não as poupou de vivências de grande sofrimento. O estudo traz subsídios para a discussão e planejamento de abordagens e cuidados com a saúde de mulheres que interrompem a gestação por malformação fetal letal, mediante autorização judicial.*

Palavras-chave *Malformação fetal, Interrupção da gestação, Luto*

¹ Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Distrito de Rubião Jr s/n, Rubião Jr. 18.618-970 Botucatu SP. eleniceconsonni@gmail.com

² Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP.

Introdução

Desde o nascimento, o ser humano enfrenta inúmeras perdas e lutos e, com maior ou menor sofrimento, a perda e sua elaboração são, sem dúvida, elementos contínuos no seu processo de desenvolvimento¹. O luto é uma reação natural e esperada ao rompimento de um vínculo e o seu significado é determinado de modo individual, subjetiva e de forma contextual, por quem a vivencia². Atualmente, pode ser entendido como um processo que envolve ampla categoria de respostas biopsicossociais esperadas frente a uma perda significativa, que afeta diversas áreas da vida do indivíduo^{3,4}, e que inclui transformação e ressignificação da relação com o que foi perdido. Quando se trata da perda de uma pessoa significativa, o vínculo com ela permanece internalizado no enlutado e é ressignificado ao longo do processo de luto.

Reações à perda de uma pessoa significativa, muitas vezes, incluem impedimento temporário na realização das funções diárias, isolamento social, pensamentos intrusivos e sentimentos de saudade e tristeza, que variam e evoluem ao longo do tempo⁴⁻⁶.

Embora seja uma reação natural e esperada ao rompimento de um vínculo, o luto nem sempre segue um curso bem sucedido. O chamado “luto complicado”, inicialmente denominado por diversos autores como luto patológico, pode ser considerado como o processo em que a perda não pode ser elaborada satisfatoriamente, onde os sintomas são mais perturbadores, penetrantes, ou têm uma duração mais longa do que no normal^{5,7}. Rando, citado por Mazorra⁸, propôs o termo, considerando que patológico seria inadequado por remeter ao modelo médico e fazer uma diferenciação inflexível entre o que seria considerado “normal” e “não normal”. Esta nova denominação, apesar de controversa, é cada vez mais adotada nas pesquisas e publicações que abordam o tema^{4,6,8}.

A literatura reconhece que a perda de um bebê por aborto, morte fetal ou neonatal é reconhecidamente um acontecimento traumático, e o risco de um luto complicado é especialmente elevado após a interrupção da gravidez por anomalia fetal^{5,9-11}.

Embora haja escassez de trabalhos científicos sobre o tema no Brasil, o número de solicitações de interrupção de gestação por inviabilidade fetal aumenta a cada ano. Segundo a Agência de Notícias da Câmara dos Deputados¹², entre os anos de 1989 e 2008, foram concedidos mais de cinco

mil alvarás judiciais para interrupção de gestação, em casos de anencefalia. A legalização do aborto nestes casos, após tantos anos em debate, já é uma realidade, o que provavelmente fará aumentar o número de interrupções e a demanda de conhecimento. Portanto, estudos acerca dos processos vivenciados por mulheres e casais que optaram pela Interrupção Seletiva da Gestação (ISG), do diagnóstico da anomalia fetal até, pelo menos, quatro meses após a interrupção, irão subsidiar discussões e mudanças na legislação para atender outras malformações tão graves quanto a anencefalia, além de auxiliar as equipes de saúde a adequar a assistência, no intuito de reduzir efeitos ainda pouco conhecidos e, talvez, subestimados, tal como o luto complicado.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, que teve por objetivo conhecer as vivências de luto de mulheres que interromperam a gestação sob autorização judicial, devido à malformação fetal incompatível com a vida. Participaram do estudo dez mulheres atendidas no Setor de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas de Botucatu, no período de agosto de 2009 a fevereiro de 2012, que receberam, durante a gestação, o diagnóstico de malformação fetal letal.

Foi utilizada amostra de conveniência e o número de mulheres entrevistadas foi determinado pelo critério de saturação da informação. Optou-se pelo uso de entrevista semiestruturada que abordou os seguintes temas¹³: vivências após a interrupção da gestação; o retorno às atividades do dia-a-dia; e pensamentos e sentimentos a respeito da experiência. As entrevistas ocorreram no dia agendado para a consulta de rotina do puerpério, 40 dias após a interrupção da gestação, foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, buscando o máximo de precisão e fidelidade quanto ao seu conteúdo. Os dados obtidos foram estudados sob a perspectiva da análise de conteúdo na modalidade temática¹⁴. A primeira etapa desta constituiu-se de repetidas leituras flutuantes dos discursos, o que permitiu estabelecer contato com o material a ser analisado, impregnando-se de seu conteúdo^{14,15}. Após leitura minuciosa das entrevistas, seguiu-se a etapa de categorização dos elementos do discurso como estabelece Bardin¹⁴, que é o trabalho de classificação, por diferenciação, de elementos que compõem um conjunto, reagrupando-os posterior-

mente segundo suas semelhanças. A etapa de organização e classificação buscou o significado expresso nos relatos das mulheres, permitindo maior compreensão do sentido de suas falas para posterior análise e discussão com o conhecimento existente na literatura¹⁵.

O anonimato das mulheres entrevistadas foi garantido e, para a apresentação dos resultados, foram identificadas com a letra “M”, numeradas de 01 a 10.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e as mulheres que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e todas receberam o atendimento médico e psicológico oferecido pelo Serviço de Medicina Fetal a toda gestante, durante o pré-natal, o período de internação hospitalar e na consulta de puerpério.

Resultados

A idade das mulheres que participaram deste estudo variou entre 19 e 36 anos, todas eram alfabetizadas, casadas ou em relação estável e apenas uma delas referiu estar sem companheiro. Apresentavam renda familiar entre 1,5 e 11 salários mínimos. Em relação ao número de gestações, considerando a atual, variou de uma a cinco. Três mulheres apresentaram antecedente de aborto, sendo um deles induzido por malformação letal do feto, após autorização judicial. Três mulheres não tinham filhos vivos, das quais, duas eram primigestas e outra apresentava histórico de dois abortamentos anteriores. Foram diagnosticadas as seguintes malformações fetais: anencefalia, agenesia renal bilateral, displasia renal bilateral, holoprosencefalia e ciclopia, osteogênese imperfeita e síndrome de Body-Stalk.

A vivência do luto

Os relatos após a perda do filho expõem um período de intenso sofrimento, marcado por lembranças, pensamentos, fantasias e questionamentos a respeito de toda a experiência vivida. O retorno para casa e para o dia-a-dia, após a interrupção, foi descrito como um período de muita tristeza para essas mulheres.

Nos primeiros dias eu fiquei em casa. [...] Não levantei pra nada. Chorei muito, muito mesmo. E tive umas crises, acho que de desespero. [...] Até no serviço, dá uma crise, um desespero, eu entro em pânico e começo a chorar sem saber porque que estou chorando. E não é só no serviço, às vezes em

casa também, bate uma tristeza muito, muito forte, eu começo a chorar e depois eu paro. E tudo vai e volta muito fácil. (M6)

A vontade de se isolar de amigos e familiares foi marcante nos relatos.

Prefiro ficar sozinha. [...] Minha mãe tenta falar comigo, eu não quero falar, falo pra ela que eu quero ficar sozinha, não fico perto de ninguém. [...] Prefiro ficar sofrendo sozinha e não desabafar com ninguém. [...] Eu saia todo final de semana, me divertia, conversava bastante. [...] Agora eu saio, dou uma volta e já quero ir embora. Eu nem acabo de chegar e já quero ir embora. [...] Eu chego em casa, deito e não falo com ninguém. (M9)

Mas, nem sempre, o isolamento foi o melhor recurso para lidar com o sofrimento e as mulheres buscaram a companhia de familiares e amigos e alguma atividade para não pensar a todo o tempo na sua perda. O trabalho também foi visto por muitas como um meio de não pensar na perda do filho.

Eu faço um esforço grande pra fazer minhas obrigações, é uma luta pra mim, mas também é bom porque quando eu to cuidando das coisas de casa, dos meus cachorros eu paro um pouco de pensar, então eu consigo me distrair um pouco. [...] É um alívio até, porque se não você acaba ficando só na tristeza. (M1)

Durante aproximadamente 40 dias após o parto, memórias intrusivas recorrentes surgiram a todo momento, desencadeando pensamentos e sentimentos penosos.

Porque a lembrança de tudo que aconteceu vem o tempo todo na cabeça. Eu fico lá, às vezes até tô distraída com alguma coisa e vem. [...] Vem a lembrança de tudo. Todo dia eu lembro de alguma coisa, fico pensando. (M1)

Recordando os acontecimentos, as mulheres passaram a questionar e a buscar algum sentido na experiência vivida.

Volta e meia eu me pego pensando no porquê de tudo isso aconteceu. Eu queria saber por que eu tive que perder ela. Por que ela não pôde ficar com a gente? [...] Essa pergunta eu me faço sempre. Sempre eu penso nisso. (M1)

Para algumas mulheres, o questionamento veio acompanhado da sensação de indignação e revolta com situações onde outras mães não cuidam ou não querem seus filhos.

Eu vejo tanta menina grávida aí, que às vezes não quer a criança e tem o nenê perfeito. E eu que queria, a minha veio com problema. [...] Por que que aconteceu isso? Eu perguntei pra médica, a médica falou que isso acontece. Mas eu queria saber por quê. Como que isso aconteceu? [...] Como no

dia que eu tava ganhando a nenê, tinha uma moça que tinha ganhado nenê e ela não queria o bebê. Daí ia ficar com a avó. Então, como que o dela, o nenezinho era perfeito?! Ela fumava, ela usava droga... Eu nunca usei nada, eu nunca bebi. (M8)

Algumas mães encontraram respostas para seus questionamentos apoiando-se na religião.

A resposta que eu me dou é Deus. Que Ele tem um propósito pra tudo... [...] Isso ajuda! Me conforta muito! Porque eu sei que Ele quer o meu bem. Então eu procuro sempre levar para esse lado. (M4)

Na busca de sentido para a perda do filho, algumas mulheres encontraram respostas autolculabilizantes e de punição.

Eu falo que Deus tirou ele [filho] de mim porque eu não mereço. Eu já não tenho como tratar nem dos [outros filhos] que eu tenho, por que eu vou colocar mais um no mundo?! [...] Eu não merecia, porque eu acho que pra Ele, Ele acha que eu, aqui, eu faço tudo errado. Eu acho que eu tô fazendo tudo errado e acho que Deus imagina isso também. [...] Então acho que na hora Ele mandou, Ele deixou eu engravidar, mas pra Ele! Ele queria o neném de volta, pra ter um anjo pra ele. Porque eu não mereço nada disso. (M9)

Nas lembranças recorrentes e intrusivas relatadas pelas mulheres, a memória do filho apareceu frequentemente. Falando sobre ele, as mães afirmaram o compromisso de nunca mais esquecê-lo.

Porque eu vou morrer falando o nome dela pro resto da vida. Não vou tirar da minha cabeça, jamais! [...] Eu vou morrer falando nela. Tem umas amigas minhas que fala assim: 'Ai, com o tempo você esquece'. E eu penso muito e falo: 'Não, eu não quero que aconteça isso comigo, eu quero estar sempre lembrando dela'. (M2)

Nos relatos das lembranças do filho, as mães falaram de sentimentos de tristeza, saudade e vazio pela sua ausência.

Depois da interrupção acho que ficou um vazio, como se tivesse tirado alguma coisa assim, aí... Esse vazio aí. [...] Eu tô tranquila [quanto à decisão pela interrupção], mas fica o vazio que é muito grande. (M6)

Discussão

Todos os relatos após a interrupção da gestação demonstraram vivências típicas de pessoas enlutadas. O dia-a-dia, após a perda do filho, foi marcado por intensos sentimentos de tristeza, dor, angústia, desespero, desânimo e inconformismo. O choro também foi relatado como

muito frequente, sendo que, para algumas mulheres, o choro era, por vezes, incontrolável, enquanto que, para outras, constantemente bloqueado, numa tentativa de manter o autocontrole, reprimindo as emoções ligadas à perda.

Várias mulheres relataram necessidade de recolhimento, evitando compartilhar o sofrimento com as pessoas próximas. O isolamento relatado por elas também estava associado a um desânimo para realizar qualquer outra atividade e a um cuidado em não preocupar os familiares com manifestações de tristeza. Andajani-Suthahjo e Manderson¹⁶ também relataram isolamento social e mudança radical na rotina de vida antes ou logo após o parto, em mulheres que perderam o filho.

A busca por retraimento é compatível com o desânimo e a inibição das atividades em geral, presentes nos processos de luto, e reflete um desinteresse do enlutado pelo mundo externo⁴; segundo este autor, o isolamento é fenômeno comum no estágio inicial do luto e tem, em geral, curta duração. É necessário considerar que a interrupção da gravidez representa não só a perda do filho, mas também a perda de parte de si mesma e de sua autoestima, o que configura a necessidade de recolhimento¹⁷. Na visão de Ariès¹⁸, a tarefa do luto sobrepõe-se, hoje, à interdição da morte na sociedade atual: "Não convém mais anunciar seu próprio sofrimento e nem mesmo demonstrar o estar sentindo" e continua:

As manifestações de luto são condenadas e desaparecem. [...] Uma dor demasiado visível não inspira pena, mas repugnância; é um sinal de perturbação mental ou de má-educação, é mórbida. [Mesmo] dentro do círculo familiar ainda se hesita em desabafar, com medo de se impressionar as crianças. Só se tem o direito de chorar quando ninguém vê ou escuta: o luto, solitário e envergonhado é o único recurso.

Por outro lado, alguns relatos das participantes deste estudo indicaram um movimento oposto, visto que várias mulheres buscaram envolver-se em atividades, em especial o trabalho, para evitar o sofrimento. Lembranças e pensamentos constantes sobre a experiência da perda suscitavam sentimentos intensos de tristeza e saudade, que eventualmente precisavam ser afastados. A busca por atividades, como o trabalho, foi recurso importante para lidar com o sofrimento que, embora amenizado, não desapareceu completamente.

No dia-a-dia destas mulheres, as lembranças e sentimentos ligados ao diagnóstico, à interrupção e ao bebê surgiram de forma intrusiva, cau-

sando sofrimento. Dentre os pensamentos intrusivos, a busca de um “porquê” teve grande destaque nos relatos. Assim, a busca de significado pelas mulheres deste estudo esteve presente de forma relevante no puerpério. Após a interrupção, a procura por um significado para a experiência da perda foi marcada, em muitas falas, pela angústia de não obter resposta satisfatória.

Alguns questionamentos foram acompanhados de sentimentos de indignação, por avaliarem a perda do filho como injusta, frente a conhecidas situações de maus-tratos, violência e abandono de crianças por seus pais.

A perda vivida engloba, para além do sofrimento pela morte do filho, perdas adicionais que intensificam o luto. Segundo Quayle¹⁹ “o luto pelo ‘bebê morto’ é também, frequentemente, o luto pela ‘mãe’ morta”. Com a perda do bebê perde-se também a possibilidade de exercer o papel e a função de mãe. O conhecimento de situações onde pais não desejam ou não cuidam de suas próprias crianças, suscita a sensação de injustiça e falar sobre isto assegura, para si e para os outros, sua vontade e potencial de desempenhar a função materna, de proteger o filho e cuidar dele, compensando a frustração pela “incapacidade” de gerar e dar à luz a um bebê saudável.

Após a morte de um ente querido, as pessoas são muitas vezes impelidas a buscar um sentido, tanto para a perda, quanto para suas vidas²⁰. A busca de sentido refere-se à construção de uma explicação do indivíduo para uma perda, com base em suas crenças e visão de mundo²⁰.

Várias abordagens teóricas apontam a construção de significados atribuídos à morte, pelo enlutado, como de fundamental importância no processo de elaboração do luto, e assinalam que encontrar um sentido, mesmo que mínimo, para a experiência da perda, assim como restaurar o significado da vida, sem a presença do ente querido falecido, pode ser terapêutico e reduzir o sofrimento^{8,20-23}.

Estudos que investigaram a questão do luto parental constataram que aqueles pais que relataram encontrar um sentido para a morte de seus filhos, mesmo que não estivessem ativamente buscando tal significado, reportaram menos angústia, maior satisfação conjugal, manutenção do vínculo com a criança que morreu e melhores resultados na saúde física^{21,23,24}.

Pela falta de respostas objetivas para a causa das malformações fetais presentes no grupo estudado, as mulheres tentaram construir várias explicações, na maior parte das vezes pautadas na religiosidade e na crença em uma ação divina.

Nos relatos, a maioria delas apontou Deus como o responsável pela situação vivida, ora como o Deus que agiu com um propósito e um plano para o bem de cada uma, ora como o Deus que as puniu severamente por eventuais “pecados cometidos”.

Estes resultados vão ao encontro do que aponta a literatura, já que diversos autores consideram a fé religiosa como um dos meios mais utilizados e eficazes para lidar com situações de perda e morte, assim como o sentimento de culpa ser frequentemente encontrado após a comunicação de diagnóstico adverso²⁵⁻²⁸. Para Wortmann e Park²⁸, a religião e/ou a espiritualidade são forças importantes na vida cotidiana de muitas pessoas e podem ser especialmente poderosas nos momentos de crise, pois usam a espiritualidade e a religião em resposta a várias situações de perdas. De acordo com Park²⁶, uma das razões para a proeminência da religião em situações de crise é o fato da maioria das religiões proporcionar meios de entendimento, reinterpretando e agregando valor às dificuldades e ao sofrimento. Para as pessoas que experimentam injustiça, sofrimento ou trauma, um sistema de crenças religiosas pode ser a forma mais infalível de encontrar sentido em suas experiências.

As mães relataram “o propósito divino benevolente” como explicação para a sua perda, o que pareceu trazer algum conforto e aceitação. Lichenthal et al.²³ investigaram a elaboração de significados em 156 pais enlutados e constataram que a explicação mais prevalente entre os pais que relataram terem encontrado algum sentido para a morte do filho estava ligada a explicações relacionadas à “vontade ou um plano de Deus” ou ao entendimento de que “Deus sabia o que era melhor a se fazer”. Respostas religiosas e espirituais são universalmente usadas nas vivências de luto²⁹, porém, poucas pesquisas abordam o papel da religião ou da espiritualidade no luto pela morte de um ente querido²⁶.

Enquanto a crença em um propósito divino benevolente parece trazer conforto e caminho para a elaboração do luto, estudos apontam que explicações autocolpabilizantes em pais que perderam o bebê durante a gravidez estão relacionadas com luto complicado e prolongado. O trabalho de Kersting e Wagner⁵ enfatiza que o sentimento de culpa é comumente experimentado após a perda de uma gestação e está associado a reações de luto complicado. Assim, pensamentos autocolpabilizantes podem prolongar o processo de luto normal, especialmente se houver um sentimento de ambivalência em relação à gra-

videz ou se a mulher acreditar que fez algo de errado, como fumar ou medicar-se.

Curiosamente, as duas mulheres que relataram explicações autoculpabilizantes para a perda do filho após a interrupção, foram as únicas com demandas para avaliação psiquiátrica e atendimento psicoterápico após a consulta do puerpério, por apresentarem sintomas de luto mais intensos e incapacitantes.

Deste modo, podemos inferir que, ao mesmo tempo em que a busca por significado é considerada, por vários autores, como elemento de grande importância no processo de elaboração da perda^{3,4,8,20,21,23,30}, respostas autoculpabilizantes podem agir como dificultadores no processo de luto, agravando ou prolongando o sofrimento.

Embora a tristeza, a saudade e a sensação de vazio pela perda do filho tenham marcado todos os discursos, os relatos das mães sobre as lembranças, os sonhos e as características físicas do bebê, em geral, foram bastante positivos. As mães se declararam vinculadas ao filho e afirmaram a necessidade de manter um compromisso com sua memória e breve existência. Este vínculo era desejado e importante para elas.

Este resultado vai de encontro a recentes discussões sobre a continuidade do vínculo no processo de luto, onde pesquisadores têm refutado a ideia de que a manutenção de vínculo contínuo com o falecido significa, necessariamente, um indicador de patologia, mas que, ao contrário pode denotar um indício de adaptabilidade saudável^{3,4,22}.

Para Bortoletti³¹, existe uma tendência na pessoa enlutada de guardar na memória atributos do falecido, o que corresponde a um processo de identificação que preserva a continuidade do relacionamento. A sensação de vazio caracteriza a perda real do objeto amado. Segundo Knapp (citado por Bortoletti³¹), “a promessa de jamais esquecer” é um modo de lidar com o vazio do futuro que a morte do bebê traz, preservando o relacionamento intrapsíquico entre mãe e filho, até que a perda possa ser integrada, seu sentido apreendido e a economia psíquica restaurada.

Segundo Cacciatore²¹, a reação à separação incita profunda dor, tristeza e outros sintomas de angústia, incluindo desejo intenso pela crian-

ça que morreu. A recordação é um processo de habituação à perda, acomodando as memórias dolorosas, e a aceitação não significa sentir-se neutro sobre a morte do bebê ou acolher a morte como natural. A adaptação à perda ocorre lentamente, ao longo do tempo, e não necessita de que os pais se esqueçam do bebê que morreu. Muitas vezes, eles expressam um forte desejo de manter a conexão com a criança que se foi, e podem fazer isto de forma individual ou em conjunto com os familiares.

Considerações

Frente aos resultados, sugere-se que os cuidados de saúde para com as gestantes que recebem diagnóstico de malformação fetal sejam feitos por equipe interdisciplinar que mantenha diálogo e abertura para discussão das práticas envolvidas nesse tipo de assistência. O atendimento da equipe de medicina fetal deve ser individualizado, no conhecimento de cada casal e de suas necessidades, compreendendo a dimensão destas vivências e identificando as dificuldades, para promover intervenções de acordo com cada situação. A equipe deve refletir, com as gestantes, as estratégias mais adequadas para enfrentarem as situações vividas, oferecendo suporte emocional e legal.

O psicólogo tem papel importante no atendimento, pois, a partir da escuta sensível e atenta, pode identificar, tanto no discurso da mulher, como também no do seu companheiro, ambivalências, fantasias, mecanismos de defesa e, principalmente, como ocorre o luto, auxiliando-os na elaboração e manejo destas vivências, atuando como “tradutor” das vivências e necessidades do casal para a equipe.

Na assistência em medicina fetal, assim como em outras situações complexas na área da saúde, todos os profissionais da equipe, direta e indiretamente, têm igual importância na atuação, tanto para a diminuição do sofrimento vivido por essas mulheres e seus familiares, quanto na prevenção de situações e ações potencialmente iatrogênicas, que podem levar à perpetuação do sofrimento psíquico e ou desencadear quadros patológicos.

Colaboradores

EB Consonni e EBL Petean participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Kovács MJ. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
2. Bousso RS. A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(3): 249-256.
3. Parkes CM. *Amor e perda: as raízes e suas complicações*. São Paulo: Summus; 2009.
4. Worden WJ. *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental*. São Paulo: Roca; 2013.
5. Kersting A, Wagner, B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosc* 2012; 14(2):187-194.
6. Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosc* 2012; 14(2):119-128.
7. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, Reynolds C, Lebowitz B, Sung S, Ghesquiere A, Gorscak B, Clayton P, Ito M, Nakajima S, Konishi T, Melhem N, Meert K, Schiff M, O'Connor M, First M, Sareen J, Bolton J, Skritskaya N, Mancini AD, Keshaviah A. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28(2):103-117.
8. Mazorra L. *A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto* [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009.
9. Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Lüdorff K, Wesselmann U, Ohrmann P, Arolt V, Suslow T. Complicated grief after traumatic loss A 14-month follow up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(8):437-443.
10. Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, van den Bout J, Mulder EJHm, Visser GHA. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(2):160.e1-7.
11. Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, Mulder EJ, Hunfeld JA, Potters CM, Erwich JJ, van Binsbergen CJ, Brons JT, Beekhuis JR, Omtzigt AW, Visser GH. A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenat Diagn* 2007; 27(8):709-716.
12. Nobre N. Aborto de feto anencéfalo é motivo de divergências em audiência. *Agência Câmara de Notícias, Câmara dos deputados*. [Internet]. 2009 dez 10. [acessado em 2013 fev 12]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/143951.html>.
13. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 157-184.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.
15. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.

16. Andajani-Sutjahjo S, Manderson L. Stillbirth, neonatal death and reproductive rights in Indonesia. *Health Matters* 2004; 12(24):181-188.
17. Carvalho FT, Meyer L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Bol Psicol* 2007; 57(126):33-48.
18. Ariès P. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2005.
19. Quayle J. Óbito fetal e anomalias fetais. In: Tedesco JJA, Zugaibe M, Quayle J organizadores. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Artmed; 1997.
20. Neimeyer RA. Reconstructing meaning in bereavement: summary of a research program. *Estud Psicol* 2011; 28(4):421-426.
21. Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med* 2012; 18(2):76-82.
22. Franco MHP, organizador. *Formação e rompimento de vínculo: o dilema das perdas na atualidade*. São Paulo: Summus; 2010.
23. Lichtenthal WG, Currier JM, Neimeyer RA, Keesee NJ. Sense and significance: a mixed methods examination of meaning making after the loss of one's child. *J Clin Psychol* 2010; 66(7):791-812.
24. Cacciatore J. Stillbirth: patient-centered psychosocial care. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53(3):691-699.
25. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 6ª Edição. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
26. Park CL. Religion and meaning. In: Paloutzian RF, Park CL, editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford Press; 2005.
27. Vasconcelos L, Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psic, Saúde Doenças* 2009; 10(1):69-82.
28. Wortmann JH, Park CL. Religion and spirituality in adjustment. *Death Stud* 2008; 32(8):703-736.
29. Wuthnow R, Christiano K, Kuzlowski J. Religion and bereavement: a conceptual framework. *J Sci Study Relig* 1980; 19(4):408-422.
30. Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Pers Soc Psychol* 1998; 75(2):561-574.
31. Bortoletti FF. Assistência psicológica (no óbito fetal). In: Moron AF, Cha SC, Isfer EV, editores. *Abordagem multiprofissional em medicina fetal*. São Paulo: Escritório Editorial, Sobramef; 1996. p. 157-182.

Artigo apresentado em 30/04/2013

Aprovado em 22/05/2013

Versão final apresentada em 05/06/2013