

“MEU LUTO É MAIS DOLORIDO QUE O DELE”: EXPERIÊNCIAS DE PERDA GESTACIONAL

“My grief is more painful than his”: Experiences of pregnancy loss

“Mi duelo es más dolorido que el de él”: Experiencias de pérdida gestacional

«Mon deuil est plus douloureux que celui qu’il ressent» : expériences de perte gestationnelle

 10.5020/23590777.rs.v23i3.e13725

Priscilla Andrewns dos Santos  

Mestre em Psicologia e Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Especialista em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia (ICFUC). Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Psicóloga do Hospital Tramandaí.

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares  

Mestre em Psicologia e Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Graduada em Psicologia pelas Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), Psicóloga Clínica.

Clara Foletto Pimenta  

Acadêmica do Curso de Psicologia na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Bolsista de Iniciação Científica (CNPq) do NEEDS UFCSPA (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde).

Daniela Centenaro Levandowski  

Pós-Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós-Doutorado (em andamento) no Centre for Maternal and Child Health Research (School of Health Sciences, City University of London). Doutora e Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Associada, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Bolsista Produtividade em Pesquisa (CNPq).

Resumo

A perda gestacional (PG) é um evento complexo e potencialmente traumático, sendo muitas vezes invisibilizado socialmente. A escassez de estudos sobre aspectos psicológicos relacionados à PG pela perspectiva masculina aponta a necessidade de ampliar a compreensão do tema. Este estudo objetivou conhecer as repercussões e o processo de luto decorrente de uma PG, assim como as diferenças entre as experiências de homens e mulheres que compartilharam essa perda, com base em um estudo de casos múltiplos, qualitativo e transversal com três casais. Foram aplicados *Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos*, *Brief Symptom Inventory*, *Escala de Luto Perinatal* e uma entrevista individual sobre a experiência de PG ocorrida nos últimos 12 meses. A análise dos dados revelou que a forma como o parto foi vivido, incluindo o manejo e cuidado das equipes, pode ser atenuante ou complicadora do processo de luto. A presença de rituais de despedida e ações de simbolização da perda, o sentir-se mãe/pai mesmo na ausência do filho e a flexibilização do papel de apoio entre o casal também repercutiram no processo de luto. A vivência corporal da gestação e da PG na mulher mostrou-se um importante demarcador da experiência feminina e masculina, tanto pela singularidade do processo psíquico que acarreta quanto pela compreensão social de maior sofrimento feminino nessa situação, o que reforça a importância de dar visibilidade às dores de ambos.

Palavras-Chave: perda gestacional, luto, maternidade, paternidade

Abstract

Pregnancy loss (PL) is a complex and potentially traumatic event and is often made socially invisible. The scarcity of studies on psychological aspects related to PL from a male perspective highlights the need to expand understanding of the topic. This study aimed to understand the repercussions and grieving process resulting from a PL, as well as the differences between the experiences of men and women who shared this loss, based on a multiple, qualitative, and cross-sectional case study with three couples. A sociodemographic and Clinical Data Sheet, Brief Symptom Inventory, Perinatal Grief Scale, and an individual interview about the PL experience that occurred in the last 12 months were applied. Data analysis revealed that how the birth was experienced, including the management and care of the teams, can mitigate or complicate the grieving process. The presence of farewell rituals and actions to symbolize the loss, the feeling of the mother/father even in the absence of the child, and the flexibility of the support role between the couple also had an impact on the grieving process. The bodily experience of pregnancy and PL in women proved to be a relevant mark of the female and male experience, both due to the uniqueness of the psychic process it entails and the social understanding of greater female suffering in this situation, which reinforces the importance of giving visibility to pain from both.

Keywords: pregnancy loss, grief, motherhood, fatherhood

Resumén

La pérdida gestacional (PG) es un evento complejo y potencialmente traumático, siendo muchas veces un hecho socialmente invisible. La escasez de estudios sobre aspectos psicológicos relacionados con la PG por la perspectiva masculina indica la necesidad de ampliar la comprensión del tema. Este estudio objetivó conocer las repercusiones y el proceso de duelo decurrente de una PG, como también las diferencias entre las experiencias de hombres y mujeres que comparten esta pérdida, con base en un estudio de casos múltiples, cualitativo y transversal con tres parejas. Fueron aplicados Ficha de Datos Sociodemográficos y Clínicos, Brief Symptom Inventory, Escala de Duelo Perinatal y una entrevista individual sobre la experiencia de PG ocurrida en los últimos 12 meses. El análisis de los datos reveló que la forma como el parto fue vivido, incluyendo la gestión y cuidado de los equipos, puede ser atenuante o complicar el proceso de duelo. La presencia de rituales de despedida y acciones de simbolización de pérdida, el sentirse madre/padre, aunque en la ausencia del hijo y la flexibilización de la función de apoyo entre la pareja también repercutieron en el proceso de duelo. La vivencia corporal de la gestación y de la PG en la mujer se mostró un importante marcador de la experiencia femenina y masculina, tanto por la singularidad del proceso psíquico que causa cuanto por la comprensión social de mayor sufrimiento femenino en esta situación, lo que refuerza la importancia de dar visibilidad a los dolores de ambos.

Palabras clave: pérdida gestacional, duelo, maternidad, paternidad

Resumé

La perte gestationnelle (PG) est un événement complexe et potentiellement traumatisant, souvent invisibilisé socialement. La rareté des études sur les aspects psychologiques liés à la PG du point de vue masculin souligne la nécessité d'élargir la compréhension du thème. Cette étude visait à comprendre les répercussions et le processus de deuil résultant d'une PG, ainsi que les différences entre les expériences des hommes et des femmes ayant vécu cette perte. Elle repose sur une étude de cas multiple, qualitative et transversale menée auprès de trois couples. La Fiche de Données Sociodémographiques et Cliniques, le Brief Symptom Inventory, l'Échelle de Deuil Périnatal ont été appliqués, et un entretien individuel sur l'expérience de la PG qui a eu lieu au cours des 12 derniers mois. L'analyse des données a révélé que la façon dont l'accouchement a été vécue, y compris la gestion et les soins fournis par les équipes, peut atténuer ou compliquer le processus de deuil. La présence de rituels d'adieu et d'actions de symbolisation de la perte, le sentiment de maternité/paternité même en l'absence de l'enfant, ainsi que la flexibilité du rôle de support entre le couple ont également eu des répercussions sur le processus de deuil. L'expérience corporelle de la grossesse et de la PG chez les femmes s'est avérée être un déterminant important de l'expérience féminine et masculine, tant en raison de la singularité du processus psychique qu'elle implique, que de la perception sociale d'une plus grande souffrance féminine dans cette situation. Cela souligne l'importance de reconnaître la douleur des deux.

Mots-clés : perte gestationnelle, deuil, maternité, paternité

Ainda que as perdas gestacionais (PG) sejam frequentes no Brasil, a literatura é incipiente sobre o tema, em geral abordando aspectos biomédicos e fatores etiológicos, o que aponta para a necessidade de uma compreensão integradora, que também inclua aspectos psicológicos e sócio-histórico-culturais (Pontes, 2020). Isso porque a PG é uma vivência imprevisível, que suscita um trabalho psíquico intenso, devido à súbita interrupção dos investimentos parentais no bebê (Curi, 2017). Além da perda do bebê concreto, outras perdas ocorrem, como a do ideal de família desejada, de expectativas e planos sobre o filho e do papel parental, desencadeando um processo de luto (Pontes, 2020).

O luto é entendido como um processo integrado por reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais, iniciado a partir de uma perda significativa (Parkes, 1998). Desde os primórdios da Psicanálise (Freud, 1917[1915]/1996), é compreendido como um fenômeno psicológico típico do desenvolvimento humano. Segundo Freud (1917[1915]/1996), o enlutamento consistiria em um processo de elaboração da perda de um objeto investido. Nesse processo, há a inibição do ego, em função da demanda de energia psíquica envolvida, e uma percepção do mundo como empobrecido e vazio frente à perda real do objeto amado. Algumas vezes, o luto pode ser vivido com resistência, o que torna o processo mais doloroso e lento. Contudo, na maior parte das vezes, espera-se que esse trabalho psíquico possibilite a renúncia e, assim, a adaptação à perda do objeto amado (Freud, 1917[1915]/1996).

O nascimento de um filho é um marco transformador na vida conjugal (Lemos & Cunha, 2015), que pode proporcionar para ambos os membros do casal um amadurecimento individual e da relação. Contudo, esse acontecimento é experimentado de forma singular por homens e mulheres (Matos et al., 2017). Para a mulher, existe um trabalho de construção de um espaço psíquico para o bebê, por meio de projeção e idealização a partir da própria história (Piccinini et al., 2009). Além disso, durante a gestação, o filho cresce em seu corpo, o que acarreta adaptações físicas e deixa registros singulares dessa existência. Tal condição pode explicar o sentimento de culpa diante de uma PG (Visintin et al., 2020), especialmente quando não se identifica uma causa médica (Pontes, 2020).

Esse sentimento também pode relacionar-se à ambivalência experimentada pela mulher em relação à gestação/maternidade e à dúvida quanto à capacidade de gerar uma vida (Visintin et al., 2020). Nessa direção, um estudo de revisão bibliográfica (Bassan et al., 2016) identificou que, no segundo trimestre da gestação, há uma maior estabilidade dos aspectos emocionais, havendo as primeiras percepções dos movimentos fetais, atribuição de características e desenvolvimento de mais fantasias sobre o bebê, culminando na personificação de sua existência. Esses acontecimentos podem trazer mais segurança quanto ao potencial de geração de vida e amenizar a ambivalência frente à gestação, pelo fortalecimento do vínculo. Já no terceiro trimestre, a gestação passa a ser marcada pelo recrudescimento da ambivalência afetiva e da ansiedade, tendo em vista a aproximação do parto e a necessidade de mudanças na organização pessoal, na rotina e na casa. Destaca-se que o bebê, ao final do período gestacional, é cada vez mais percebido como um ser real (Bassan et al., 2016).

Desse modo, o empréstimo narcísico que a gestante faz ao bebê ao longo da gestação, e que se intensifica desde o segundo trimestre gestacional, também se perde em uma situação de PG (Iaconelli, 2007). Com isso, a mulher experimenta vazio, dor e frustração, e muitas vezes necessita de uma reconstrução da sua identidade (Andrade et al., 2020), geralmente enfrentando a perda através da expressão e compartilhamento de seus sentimentos (Parkes, 2009).

Já para muitos homens, o sentir-se pai presentifica-se após a percepção dos movimentos fetais ou mesmo apenas no nascimento, como apontado em estudo realizado por Freitas et al. (2007), o que pode contribuir para um distanciamento da experiência de gestação entre a dupla. Ainda, segundo esse estudo, as especificidades do processo de tornar-se mãe e tornar-se pai também podem estar relacionadas a atravessamentos culturais, religiosos e familiares que contribuem para uma visão da paternidade como menos desejada, repercutindo na relação conjugal e com o bebê. Contudo, Piccinini et al. (2009) ressaltam que pais que vivenciam a gestação com maior envolvimento podem construir uma imagem mental do filho e apresentar sentimentos e conteúdos inconscientes semelhantes aos das mães. Assim como na mulher, a morte do bebê na gestação pode resultar em uma ferida narcísica para os homens, pois os filhos fazem não somente a mãe, mas a dupla parental reviver o narcisismo infantil (Monti, 2008).

Também nos homens os sentimentos ambivalentes quanto à gestação podem contribuir para o sentimento de culpa diante da PG (Condon, 1986). Devido à concretização, para eles, da realidade do filho a partir do parto, a PG e o luto podem se apresentar juntamente ao tornar-se pai (Quintans, 2018), caracterizando uma diferença em relação ao processo feminino. Nesse sentido, Parkes (2009) aponta que os homens, durante o processo de luto, geralmente não demonstram seus sentimentos, voltando-se à revisão e replanejamento da vida como forma de enfrentamento e elaboração da perda.

Embora o crescente envolvimento na gestação possa ampliar o impacto de uma PG para os homens (Caldeira et al., 2017), ainda se constata a falta de reconhecimento social do sofrimento masculino (Due et al., 2017), o que, por sua vez, pode ser reforçado pela postura masculina de menor expressão de sentimentos (Parkes, 2009), antes mencionada. Esse panorama impacta o processo de luto, contribuindo para que os homens se sintam "apoiadores" das companheiras, aderindo a um

comportamento de cuidado (Carneiro et al., 2017) que pode atrapalhar o reconhecimento da sua própria dor. Essa postura pode suscitar uma experiência de luto contido ou adiado, e gerar até mesmo sintomas físicos posteriores (Casellato, 2015).

Contudo, o processo de luto decorrente de uma PG ainda é invisibilizado socialmente também para mulheres, apesar de a experiência de PG culminar em perdas subjetivas e relacionais, afetando o humor, o autoconceito e a autoestima dos genitores (Lemos & Cunha, 2015). O fato de não existirem recordações com o ente perdido (Kersting & Wagner, 2012) pode originar uma sensação de irrealidade quanto à existência do filho e à própria perda (Duarte & Turato, 2009), constituindo uma das peculiaridades desse luto e dificultando o seu reconhecimento pelo entorno social. Por sua vez, a não validação desse luto dificulta a obtenção de suporte das instituições e relações (Muza et al., 2013), podendo gerar um sentimento de isolamento social, caracterizando o que Doka (2016) chama de “luto não reconhecido”. Dessa forma, é relevante desenvolver investigações sobre o tema, para a sensibilização da sociedade e da academia em relação ao sofrimento invisível dessas mães e pais.

Assim, o presente estudo objetivou compreender a experiência individual de homens e mulheres que vivenciaram juntos uma PG, buscando identificar as semelhanças e diferenças nas repercussões dessa perda e em seu processo singular de luto. Observa-se uma lacuna da literatura quanto à investigação dos impactos emocionais de uma vivência de PG, assim como do processo de luto decorrente desse tipo específico de perda, especialmente quando se trata das experiências masculinas (Pontes, 2020). Como a invisibilização do sofrimento pode tornar essa perda ainda mais traumática (Iaconelli, 2007), dar voz às vivências de homens e mulheres que passaram por uma PG permite uma maior compreensão dessa experiência e pode promover aproximações, discussões e reorganizações sociais e institucionais para o maior acolhimento dessa dor.

Método

Delineamento

Estudo qualitativo e transversal, com delineamento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005), cujos dados derivaram do projeto de pesquisa: “Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais”.

Participantes

Participaram do estudo três mulheres e três homens que vivenciaram conjuntamente ao menos uma PG (ocorrida após a 22ª semana de gestação) nos últimos 12 meses. Foram considerados como critérios de exclusão: dificuldade de compreensão dos instrumentos e/ou de expressão (fala), percebida no contato inicial com os casais e a presença de sintomas indicativos de desordem psicológica grave, identificados a partir da aplicação do BSI (*Brief Symptom Inventory*). Os resultados desse instrumento de rastreio serviram como forma de triagem e exclusão de participantes, a fim de auxiliar a identificação de possíveis desordens psíquicas graves, que exigiriam maior atenção e cuidado da equipe quanto aos riscos que o estudo poderia implicar (possíveis mobilizações emocionais). Assim, optou-se por excluir indivíduos que se mostrassem muito vulneráveis psicologicamente. Da mesma forma, o uso desse instrumento objetivou identificar homens e mulheres em sofrimento, visando um maior cuidado com esses participantes possivelmente mais fragilizados, proporcionando o seu encaminhamento para uma avaliação emocional mais detalhada. Por fim, o instrumento também foi usado para se obter um panorama psicológico dos participantes, no intuito de minimizar um possível viés de análise implicado na presença de uma psicopatologia grave, que estaria sobreposta às características e demandas de um processo de luto.

As mulheres foram contatadas a partir da divulgação do estudo em mídias sociais, sendo o convite de participação estendido aos companheiros nos três primeiros casos que preencheram os critérios acima. Todos os participantes, homens e mulheres, responderam aos mesmos instrumentos detalhados na sequência. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e da perda dos participantes.

Tabela 1

Caracterização dos participantes

| | Caso 1** | | Caso 2 | | Caso 3 | |
|--|--------------------------------|------------|---------------------|-------------------|---------------------|----------|
| | Margarida | Crisântemo | Lua | Sol | Rosa | Cravo |
| Idade (anos) | 33 | 30 | 33 | 30 | 32 | 25 |
| Escolaridade | SC | EMC | PG | SC | SC | SC |
| Religião | Nenhuma | Nenhuma | Nenhuma | Não sabe informar | Católica | Católica |
| Situação conjugal/ tempo de relação | Coabitação 2 anos e 7 meses | | Coabitação 1 ano | | Casamento 2 anos | |
| Sexo do bebê perdido | M | | M | | F | |
| Tempo gestacional da perda (semanas) | 26 | | 34 | | 29 | |
| Tempo desde a perda (meses) | 7 | | 5 | | 4 | |

Legenda: SC = superior completo; EMC = ensino médio completo; PG = pós-graduação; EFI = ensino fundamental incompleto; M = masculino; F = feminino.

**Os nomes utilizados para identificar os participantes no estudo são fictícios, a fim de preservar o seu anonimato. Foram escolhidos nomes derivados de elementos da natureza associados a características das histórias narradas pelos homens e mulheres.

Instrumentos

1. Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos (versão adaptada de Núcleo de Infância e Família [NUDIF], 2008a): para investigar características da gestação e da PG, dados de saúde e sociodemográficos.
2. *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 1993; adaptado e validado para Portugal por Canavarro (1999): composto por 53 itens (escala Likert variando de “nunca” = 0; “muitíssimas vezes” = 4), nos quais o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afetou durante a última semana. Tem nove subescalas com os seguintes Alphas de Cronbach, conforme Reis et al. (2010): somatização (0,81), obsessões-compulsões (0,76), sensibilidade interpessoal (0,65), depressão (0,84), ansiedade (0,80), hostilidade (0,74), ansiedade fóbica (0,62), ideação paranoide (0,64) e psicoticismo (0,56). Possibilita o cálculo de três variáveis-resumo: índice global de severidade (IGS), total de sintomas positivos (TSP) e índice de sintomas positivos (ISP). Uma maior pontuação em cada dimensão indica maior presença de sintomas de disfunção psicológica, sendo o ponto de corte para a presença de sintomas psicopatológicos 1,7 no ISP (Canavarro, 1999). O uso do instrumento foi autorizado pelos autores que validaram a versão portuguesa. A equipe do Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde (NEEDS) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) realizou pequenos ajustes para o português brasileiro.
3. Escala de Luto Perinatal (ELP; *Perinatal Grief Scale* – PGS) (Potvin et al., 1989), adaptada para o português brasileiro por Rocha (2004): avalia a sintomatologia de luto perinatal através de 33 itens (escala Likert de 5 pontos, variando de 1 = “concordo totalmente” a 5 = “discordo totalmente”), distribuídos em três subescalas que avaliam pensamentos, sentimentos atuais e sintomatologia de adaptação da perda. O escore total (soma total) varia de 33 a 165 pontos e, em cada subescala, de 11 a 55 pontos. A confiabilidade do instrumento foi considerada satisfatória no Brasil ($\alpha=0,93$), sendo a média de escore 81 ± 28 pontos (mínimo: 52; máximo: 136). O uso do instrumento foi autorizado pelo autor que adaptou a escala para o português brasileiro.
4. Entrevista sobre a experiência de perda gestacional (versão adaptada de Núcleo de Infância e Família) (NUDIF, 2008b; Silva, 2012): de caráter semiestruturado, buscou-se investigar a experiência individual de PG de cada membro da dupla parental e o processo de luto.

Procedimentos de Geração e Análise de Dados e Considerações Éticas

O projeto do qual este estudo deriva foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA (Parecer nº 4.271.420). Após a aprovação, a pesquisa foi divulgada no perfil pessoal das pesquisadoras e no perfil do NEEDS/UFCSPA nas redes sociais (Facebook e Instagram). O material de divulgação permitia o acesso a um *link* com informações sobre o

estudo. Havendo interesse, acessava-se o formulário de coleta de dados, que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, na sequência, os instrumentos quantitativos. Ao final do formulário, disponibilizado na Plataforma *Survey Monkey*, as participantes eram convidadas a seguir colaborando com o estudo. Para tanto, em casos de interesse e disponibilidade, forneciam o contato para o agendamento de uma entrevista individual. As entrevistas ocorreram de modo on-line pela Plataforma *Google Meet*, pelo fato de a coleta de dados ter ocorrido durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Foram tomados os cuidados necessários para a abordagem do tema de modo virtual, com base em experiências anteriores do grupo de pesquisa na condução de estudos sobre PG. Para a realização da entrevista só foram contatados os participantes que declararam explicitamente o interesse nessa atividade, evidenciando o desejo e a necessidade de refletirem e compartilharem as suas vivências de perda e luto.

Após o contato com as primeiras 12 interessadas, o convite para a participação no estudo foi estendido aos seus companheiros. Seis deles recusaram-se a participar, conforme comunicado pelas companheiras. Com os outros seis foi feito contato via *WhatsApp* e enviado o *link* de acesso ao formulário na plataforma *Survey Monkey*, igualmente como se procedeu com as mulheres, sendo posteriormente realizado o agendamento da entrevista. Das seis entrevistas realizadas, três casos foram excluídos por atravessamentos de situações de vida que não eram o foco de análise deste estudo, identificando-se possíveis vieses de análise, tais como: histórico de três PGs; existência de filhos nascidos antes da PG; e separação do casal durante a coleta de dados, restando três casos para análise. Embora, em dois desses casos, um dos membros do casal tenha apresentado escore superior a 1.7 no ISP (BSI), optou-se pela sua manutenção na análise, por não se tratar de instrumento diagnóstico, pelo tipo de sintoma apresentado pelos participantes e pela verificação de ausência de maior gravidade dos mesmos ao longo das entrevistas.

As entrevistas foram individuais, duraram cerca de 120 minutos e foram gravadas em áudio para posterior transcrição. Foi realizada uma coleta piloto com uma participante, a fim de verificar a pertinência, a adequação e o ordenamento das questões e instrumentos da pesquisa antes da coleta propriamente dita.

Os instrumentos quantitativos foram analisados conforme instruções dos autores e apresentados descritivamente (Tabelas 1 e 2) com a finalidade de caracterizar os casos (Ficha de Dados Sociodemográficos) e auxiliar na compreensão do estado mental dos participantes (BSI, ELP), complementando os dados qualitativos que retratavam as experiências individuais de homens e mulheres diante de uma PG. As entrevistas foram transcritas e lidas diversas vezes, a fim de identificar temas que pudessem servir para organizar a construção do relato dos casos com base nos objetivos do estudo, para posterior análise. Essa análise seguiu a estratégia de proposições teóricas, buscando-se, primeiramente, a compreensão dos casos a partir da literatura da área e, a seguir, a síntese de casos cruzados, para identificar semelhanças e diferenças nos casos em relação ao tema do estudo, permitindo ampliar a compreensão e agregar descobertas (Yin, 2005).

Na condução da pesquisa foram consideradas as diretrizes éticas vigentes (Resolução nº 466, 2012; Resolução nº510, 2016). Os riscos da pesquisa foram considerados mínimos, podendo se constituir em eventual desconforto, incômodo ou mobilização emocional frente ao tema investigado. Quando isso foi observado, foi realizado o acolhimento no momento da entrevista, seguido de encaminhamento para atendimento psicológico em locais acessíveis aos casos, nos quais se identificou a necessidade de maior suporte, e nos quais houve aceitação por parte dos participantes.

Resultados

A Tabela 2 apresenta os resultados do BSI e da ELP. Dois participantes, Lua e Cravo, apresentaram resultados indicativos de sintomas psicopatológicos, porém, com índices pouco acima do ponto de corte do instrumento, distribuídos em três subcategorias (em Lua, somatização, obsessões e compulsões, sensibilidade interpessoal; e em Cravo, hostilidade, ideação paranoide e ansiedade). Ainda que acima do ponto de corte no BSI, optou-se pela não exclusão destes dois participantes por se entender que tais resultados não se mostraram suficientemente significativos para serem relacionados à psicopatologia grave, a partir do que foi observado na entrevista.

Quanto ao luto, apenas Lua apresentou indícios de luto clinicamente significativo (ELP), o que pode indicar uma tendência ao luto complicado, ainda que não houvesse transcorrido o tempo mínimo após a perda para se configurar essa condição (seis meses). Contudo, na entrevista, de fato observou-se maior dificuldade dessa participante em lidar com a perda, o que demonstra a convergência dos achados, embora a ELP (e nem o estudo) tenha objetivo diagnóstico.

Tabela 2

Resultados dos participantes em relação à presença de sintomas psicopatológicos e luto parental

| | <i>BSI</i> | | <i>ELP</i> | |
|-------------------|------------|------------|------------|---------------------|
| | <i>R*</i> | <i>S**</i> | <i>R*</i> | <i>S**</i> |
| Crisântemo | 1,08 | Sem IP*** | 74 | Sem luto complicado |
| Margarida | 1,10 | Sem IP | 59 | Sem luto complicado |
| Sol | 1,64 | Sem IP | 61 | Sem luto complicado |
| Lua | 1,94 | IP | 116 | Luto complicado |
| Cravo | 2,32 | IP | 71 | Sem luto complicado |
| Rosa | 1,28 | Sem IP | 84 | Sem luto complicado |

Obs: ponto de corte do BSI = 1.7; ponto de corte do ELP = 91.

(*)R = resultado; (**)S = significado; (***)IP = indicação psicopatológica.

Caso 1 - Margarida e Crisântemo; Bebê: Amor-Perfeito

Margarida percebeu a morte de Amor-Perfeito (26ª semana), sentindo que havia algo diferente: “Ai, amor, não estou sentindo o Amor-Perfeito mexer, acho que ele está muito quieto”. Mencionou o pressentimento que o filho não estava mais vivo, algo como um “um sexto sentido”. Contudo, Crisântemo a tranquilizou, afirmando que era normal menor movimentação do bebê no final da gestação. Resolveram, então, aguardar as consultas daquela semana: “Eu sabia que, se eu fosse no hospital, iam tirar ele de mim, e eu acho que eu precisava processar aquilo” (Margarida).

Ao ser confirmado o óbito, ambos experimentaram uma sensação de choque e incredulidade: “Parece que é um filme, que é um sonho, que não é a gente ali, sabe?” (Margarida). Entretanto, a partir de determinado momento, Crisântemo percebeu que, diferentemente dele, a esposa deixou de acreditar na possibilidade de sobrevivência do filho: “Depois que os médicos já estavam falando mais com ela, preparando ela”. Ele, contudo, somente acreditou na morte do filho após o parto: “Porque antes eu achava que ele poderia vir ainda ... que o coração dele pudesse voltar a bater”. Crisântemo percebeu uma menor atenção e direcionamento da equipe para ele e sua dor, quando comparado à Margarida: “Ao invés de eles perguntarem: ‘Como que vocês estão?’, eles chegavam só nela, sabe?”.

Diante da perda, Margarida referiu ter optado pelo parto normal, algo que, segundo ela, foi positivo: “Porque de certa forma era eu que estava tirando o meu filho de mim”. Ela foi acompanhada por Crisântemo em toda a internação e parto: “Acho que a gestação não é só da mulher, né? É dos dois” (Crisântemo). Margarida referiu não ter conseguido ficar com o filho por muito tempo após o parto, pois se sentia muito incomodada com o cheiro do sangue, expressando arrependimento posterior: “Tudo o que eu queria era ficar com ele [bebê] no meu colo agora, sabe? E naquele momento eu não quis por causa do cheiro”. Já para Crisântemo o sentimento de culpa foi de outra ordem, decorrente do desejo de ter trabalhado menos e dado mais atenção para Margarida.

Margarida referiu ter se sentido confusa ao sentir os movimentos do seu corpo após o parto, chegando a pensar que seria a movimentação do filho: “Aí eu me dizia: ‘Não, não é mais o Amor-Perfeito, tu não está mais grávida’”. Ela referiu ter pensado em não ir ao velório do filho, mas mudou de ideia a pedido do marido: “‘Ah, mas tu vai me deixar sozinho? Eu preciso de ti do meu lado para fazer isso’ (...). Então, peguei força de onde não tinha, e disse: ‘Então vamos! Vamos fazer isso!’” (Margarida).

O processo de luto foi pautado pela busca de causas para a morte de Amor-Perfeito, principalmente por ela: “A gente tem essa necessidade de ter alguma coisa, exatamente, eu acho, pela culpa”. A ausência dessas respostas teve diferentes impactos no casal, trazendo alívio para Margarida e tristeza para Crisântemo. Segundo ele, esse foi o momento mais triste de sua vida, sendo o seu sofrimento maior nos momentos de anunciar a morte para outras pessoas.

Nesse sentido, ele referiu uma diminuição dos contatos sociais para evitar falar sobre a perda: “Sempre fico muito triste em falar ainda, né? Acabo me recolhendo mais”. Margarida fez o mesmo movimento: “Eu precisava processar tudo isso dentro de mim para depois eu conseguir botar para fora”. Porém, passado o período inicial, ela referiu conversar sobre a perda e buscar recursos para lidar com a situação: “Para mim funcionou várias coisas: conversar com os amigos, ter meus momentos sozinha, fazer yoga, meditações, conversar com a psicóloga”.

Margarida referiu diferenças nas vivências do luto dela e do marido, percebendo a necessidade de apoiá-lo mais: “Para mulher eu acho que é diferente, porque a gente tem um bebê na barriga, a gente passa pelo parto”. Margarida expressou o medo do companheiro de que ela possa morrer em uma nova gestação, assim como o bebê. Ambos encontraram na espiritualidade um recurso para a busca de significados para a perda: “Foi necessário para ele de alguma forma, talvez um

dia a gente vá ver ele ainda” (Crisântemo). Gradualmente buscaram ressignificar essa experiência e os sentimentos ligados a ela. Margarida referiu o apadrinhamento de uma criança, a quem doou as roupinhas de Amor-Perfeito, como recurso de auxílio ao luto, bem como a realização de rituais e a despedida do filho no hospital, algo percebido como significativo para ambos: “Eu consegui olhar para o meu filho, conversar, dar tchau para ele” (Margarida); “Tem algumas orações e rituais [cabala] que eu achei importante fazer, foi importante para mim” (Crisântemo). O apoio mútuo e o compartilhamento de dores e sentimentos foram percebidos como muito importante pela dupla: “Se eu não estivesse com ele ali, eu não sei como é que seria” (Margarida); “É algo que eu me sinto confortável em compartilhar com ela, sem achar que ela vai ficar muito triste e se desesperar” (Crisântemo).

Tanto Crisântemo quanto Margarida mencionaram sentirem-se pais: “Eu me considero pai ainda, apesar de ele não estar aqui” (Crisântemo), e empenharem-se para que a lembrança de Amor-Perfeito permaneça: “Eu tenho um filho, né. Ele não está aqui, mas ele está no meu coração. E eu não quero deixar de falar nele, eu não quero que ele seja esquecido” (Margarida). Lembram do filho com alegria, apesar da saudade: “Eu consegui ficar feliz pensando que a gente esteve com ele na minha barriga, que a gente conversou com ele” (Margarida).

Caso 2 – Lua e Sol; Bebê: Cometa

No dia da morte de Cometa (34ª semana), Lua havia tido uma consulta médica e uma ultrassonografia, que mostrou o bebê bem. À noite, começou a sentir dores na barriga e náusea. Resolveu aguardar, pois “A médica tinha me dito: ‘Se o Cometa virar, tu vai sentir uma dor muito forte’”. Porém, referiu um pressentimento: “No fundo, eu sabia que ele não estava mais ali” (Lua). Iniciou-se um sangramento e o casal buscou o hospital. Ambos relataram que, do momento em que detectaram o descolamento de placenta e a ausência de batimentos até a realização do parto, passaram-se cerca de 10 minutos: “Todo mundo se batendo, me anestesiando, me cortando ... não deu tempo da anestesia fazer efeito, eles já iniciaram fazendo o corte, e eu sentindo tudo” (Lua). Sol descreveu o momento como um “furacão”, referindo muito medo de perder também a companheira: “Já tinha percebido que o pior já tinha acontecido, mas com medo de ser ainda pior, de chegar com dois e acabar saindo sem ninguém”. Enquanto Sol estava do lado de fora da sala de parto, Lua refere que solicitou sedação, em função da dor: “E o médico gritava comigo, que era para eu parar de gritar. Ele dizia: ‘Tu não quer ver o teu filho nascer?’”, expressando intenso sofrimento pela forma como ocorreu o parto: “E eu gritava: ‘Estão arrancando meu filho de mim!’, ‘Pelo amor de Deus, me seda!’”. Sentiu-se desamparada durante o parto e desolada ao acordar da sedação: “Parecia que tinham tirado tudo de mim, sabe? E até hoje eu fico pensando: ‘Por que não me levaram junto dele?’”.

Lua expressou estar vivendo o luto um dia após o outro, pensando eventualmente na razão de não ter morrido, mas acalmando-se ao mentalizar que o dia seguinte será melhor. O parto foi traumático para ambos: “Talvez tenha traumatizado quase todo mundo naquela noite, porque foi uma velocidade e o bum que virou toda a cena” (Sol). O marido conta que compreendeu a gravidade da situação ao observar o ambiente e o sofrimento da esposa: “Dava para ouvir a Lua do hospital inteiro”, visto que não pôde presenciar e acompanhar ao seu lado o que estava acontecendo. Frente ao medo (e à possibilidade real) de perder a companheira, somado à necessidade de resolver as questões burocráticas do óbito do filho, Sol sentiu-se disperso: “Então eu ainda estava mais numa situação de resolver as coisas do que de realmente ter um sentimento (...) do que me preocupar comigo” e “fora de cena”, acreditando que aquele deveria ser um momento “dos dois [Lua e Cometa]”.

Lua conta ter se sentido em paz no batizado de Cometa, realizado ainda no hospital. Quanto ao funeral, Sol preferiu a cremação por considerá-la menos traumática, evitando visitas ao túmulo posteriormente. Assim, ambos escolheram um lugar simbólico para colocar as cinzas do filho.

Os sentimentos de culpa de Lua foram aliviados com o resultado dos exames, pois a morte do filho não decorreu de nada que ela pudesse ter feito: “É algo resolvido, sabe, dentro de mim”. Referiu-se como “uma mãe sem meu filho nos braços (...) é uma coisa bem de bicho, assim, que foi a forma como ocorreu”. Diferentemente de Lua, Sol verbalizou lidar com as situações racionalmente, não focando em suas emoções e evitando o contato com a realidade da perda, apesar de reconhecer a perda do filho como a maior perda da sua vida. Contudo, para enfrentar a situação, refere voltar-se para o futuro: “como fazer as coisas dali para a frente, e não esse apego de ficar remoendo como seria”. Já Lua busca recursos externos para o enfrentamento da perda: “Além de apoio da família, dos amigos, eu busquei *sites*, coisas na internet que pudessem me ajudar, busquei apoio espiritual também”.

Ela demarcou um espaço concreto para o filho: “A touquinha ficou por muito tempo junto comigo, dormindo comigo”, enquanto Sol referiu outra perspectiva de conexão com o filho: “A minha relação, assim, a partir do óbito, ela já se torna muito mais material. Não tem essa ligação espiritual”. Segundo Lua, Sol tem uma menor expressão de seus sentimentos: “Ele nunca expressa nada de sentimentos. Sempre quem expressa sou eu”. Ambos têm a percepção de que o sofrimento de Lua é maior: “Meu luto é mais dolorido que o dele. Ele lida melhor” (Lua); “Para Lua foi algo muito mais traumático, pelo

fato de ter a questão desde sempre na barriga e toda essa questão de já estar sentindo desde o começo, a forma como foi" (Sol). Tanto Lua quanto Sol se referem às diferenças no vínculo do pai com o bebê, em comparação ao vínculo da mãe com o bebê: "Porque o homem cria o vínculo com a criança quando ela nasce, ele não cria o vínculo na barriga" (Lua); "Depois que nasce, que tu vê ali, que se gera todo laço, assim. É ali [no nascimento] quase o ponto zero de um laço" (Sol).

Caso 3 – Rosa e Cravo; Bebê: Botão-de-Ouro

Na 29ª semana de gestação, Rosa percebeu que Botão-de-Ouro parou de se mexer e ficou preocupada. O marido tentou tranquilizá-la, mas ainda assim Rosa foi ao hospital para se certificar e confirmou-se o óbito de Botão-de-Ouro. Ambos entraram em choque com a notícia: "Parecia que eu estava flutuando assim, que eu tinha ido junto com a Botão-de-Ouro" (Rosa). Em função da pandemia, Cravo não pôde entrar no hospital com a esposa, que recebeu a notícia da morte da filha sozinha. Cravo referiu surpresa, visto que os exames apontavam estar tudo bem. Também referiu medo de perder a companheira. Já Rosa disse ter experimentado uma confusão de pensamentos: "Para mim é assim: a pessoa morre, mas ela precisa primeiro nascer e morrer, né? E a Botão-de-Ouro, não: primeiro ela veio a óbito e depois ela nasceu".

Cravo sentiu ter se conectado com a realidade da perda quando percebeu o sofrimento da companheira: "Eu vi ela chorando de dor, vi toda aquela situação, ali caiu [a ficha]". Apesar do choque, ambos relataram sentimento de paz e conexão espiritual no momento do parto: "Nós estávamos super ligados, super conectados com Deus, um com o outro mesmo, e com a nossa própria filha" (Cravo); "Quando a Botão-de-Ouro nasceu, eu senti uma paz tremenda, que eu não consegui chorar" (Rosa). Cravo percebeu que a perda fortaleceu a sua espiritualidade: "O tempo inteiro eu estava conversando com Deus, é uma coisa que renovou o meu espiritual".

Ambos mencionaram que se sentiram reconfortados por terem podido ver e ter contato com a filha no hospital, pois identificaram semelhanças físicas, deram colo, bateram fotos e conseguiram se despedir. Contudo, Rosa preferiu não ficar muito tempo com a menina: "Eu não queria ver ela roxinha, não queria sentir o corpinho dela gelado, sabe?", preferindo também não participar do enterro. Cravo expressou a confusão de se sentir pai na hora do adeus: "Foi a primeira vez que eu peguei (...) e já era a hora da despedida (...) ali eu me senti pai". Diferentemente de Cravo, Rosa refere não se sentir mãe: "Porque eu acho que você se sente mãe na hora que você está com a criança, que começa a te chamar de mãe". De todo modo, ambos frisaram ter ainda uma conexão com a filha: "Eu penso alguma coisa e falo: "É filha, não vai contar para a mamãe não, hein?!" (Cravo).

Rosa mencionou a dificuldade de não ter a filha para cuidar: "Licença-maternidade é para quem teve filho, para cuidar do filho. Eu não tive, eu vou cuidar de quem?". Contudo, por vezes percebe que, mesmo com a morte da menina, algumas coisas seguiram como planejado: "A minha sobrinha de um ano e meio, quando vai na minha vó, pega a fotinho da Botão-de-Ouro e passeia com ela, dá mamã. (...) Tudo que eu queria que tivesse acontecido se a Botão-de-Ouro estivesse aqui!".

Rosa demonstra manter resguardado o espaço da filha: "Eu penso nela, as coisinhas dela estão todas aqui, são dela, assim, sabe? Eu fico até assim: 'Nossa, e se vier um irmãozinho dela, ela vai ficar com ciúmes'", diferentemente de Cravo, que se volta para o futuro: "Tenho que buscar mais Deus, melhorar as coisas na minha vida". Ele destacou a necessidade de manter-se forte para apoiar a companheira: "Eu não posso passar insegurança (...) eu esperava para chorar na hora que ela estava dormindo, sabe? Tive que ser homem de verdade". Ambos evidenciam a dor da perda. Enquanto Rosa referiu oscilações na forma como se sente: "Tem dias que eu do nada fico pensando e começo a chorar. (...) Tem dias que eu estou muito bem, que eu lembro da Botão-de-Ouro, dou risada e tal", Cravo mencionou a aceitação: "Dói muito, mas é uma dor que você entende, assim, sabe? Você sabe o porquê, você sabe que é necessário, que é inevitável". Referiram diferenças no processo de luto de cada um: "Eu falo muito mais da Botão-de-Ouro em si do que o Cravo" (Rosa); "Isso eu já consegui sentir no momento. A Rosa está em trabalho ainda para aceitação" (Cravo), mas também similaridades: "O mesmo sentimento que eu partilho é o que a Rosa partilha também, em que pese ela ainda ter algumas recaídas. Cada um é cada um" (Cravo). Ambos recorreram à busca de sentido e aceitação da perda: "Eu acho que a Botão-de-Ouro ainda vai voltar para mim, sabe? Sei lá se como próximo filho, eu sinto muito a presença dela" (Rosa); "Eu falei 'Rosa, deixa isso de lado [os exames], é coisa de Deus por tudo o que a gente sentiu'" (Cravo).

Cravo tem a percepção de que a dor da esposa é maior que a sua: "Numa desigualdade de sofrimento, (...) no individual, ela sente mais, isso é fato", apesar de referir já ter passado por muitas coisas na vida e nenhuma ter se comparado à perda da filha. A percepção de apoio mútuo, com flexibilização na ocupação dos papéis de apoio, foi identificada e valorizada por ambos: "Por mais que ela estava sofrendo bastante, ela também me ajudou muito e me ajuda até hoje" (Cravo); "A gente é assim. Quando eu estou bem, o Cravo está mal. Quando eu estou mal, o Cravo está bem... para um reerguer o outro" (Rosa).

Discussão

As mulheres mencionaram a percepção de que algo havia acontecido com o bebê antes mesmo da confirmação do óbito, pela ausência de movimentação fetal. Esse emergiu como um aspecto diferencial da experiência feminina durante a gestação, já que para os homens essa experiência não passa pela conexão corporal com o filho (Matos et al., 2017). Mesmo diante dessa percepção, identificou-se a negação inicial da morte por ambos, pelo medo da confirmação da notícia, sentida como devastadora. De fato, a notícia da morte de um filho tende a despertar uma gama complexa de sentimentos e reações intensas, como entorpecimento, choque e negação (Andrade et al., 2020), mencionados pelos participantes (Margarida, Crisântemo, Rosa e Cravo). Tais reações auxiliam na reorganização diante do impacto da notícia.

A forma como transcorreu o parto afetou os sentimentos de homens e mulheres em relação à perda e ao processo de luto, embora de modos diferentes. Com Lua e Sol, diante de um parto traumático, foram observados sentimentos de desespero, dor e desamparo, assim como uma sensação de “roubo”, a partir da posição passiva no parto. A dificuldade de Lua em nomear o ocorrido corrobora outros estudos (Andrade et al., 2020; Visintin et al., 2020). Identifica-se nessa participante um registro mais primitivo da falta do filho, a dor excessiva ao corpo e ao ego no momento do parto, dificultando o acesso à simbolização, o que pode ter refletido em seus escores acima do ponto de corte no BSI (inclusive para sintomas de somatização) e na ELP. Tais pontuações, conjuntamente com o conteúdo da sua entrevista, apontam para uma maior dificuldade dessa participante em representar simbolicamente esse sofrimento intenso experienciado passivamente via corpo. Nesse caso, observou-se a indiferenciação de sentimentos entre a notícia do óbito do filho e o parto, pois não houve um espaço de tempo entre eles para o processamento emocional do que estava acontecendo.

Diferentemente, as outras participantes parecem ter encontrado na experiência corporal uma via para “parir” algum registro simbólico da perda do bebê. O momento do parto inaugura a distinção entre mãe e bebê e pode facilitar o processo de luto, ao simbolizar parcialmente a dor emocional através da dor física e promover uma inscrição psíquica da perda (Teodózio, et al., 2020). Isso pode explicar sentimentos de paz e conexão identificados nos relatos de Margarida e Rosa e a sua percepção positiva do parto vaginal, por possibilitar trazer ativamente o filho ao mundo. A vivência física da perda e do parto, atrelada a uma boa assistência da equipe de saúde (Hambidge et al., 2021), pareceu ter repercutido no menor tempo de negação da morte para as mulheres em comparação aos homens, visto que convocou à conexão com a perda, como observado no caso de Margarida e Crisântemo.

A experiência masculina de parto mostrou-se traumática para Sol, que referiu perda de noção temporal e distanciamento afetivo da situação. Esse distanciamento pode estar relacionado ao afastamento real imposto na cena do parto, demonstrando o impacto da situação para o psiquismo. A necessidade de lidar com atribuições burocráticas, somada a características pessoais e ao medo frente à percepção de vulnerabilidade/risco de vida da companheira, contribuíram para o distanciamento emocional e o luto contido. O movimento de Sol de seguir imediatamente em frente, sem um tempo de “digestão psíquica”, indica a dificuldade de acessar o que perdeu, bem como reconhecer e autorizar-se a sentir a própria dor, o que pode explicar a sua pontuação mais baixa na ELP. Achados semelhantes foram retratados por Quintans (2018), que identificou uma tendência dos homens de reprimir os próprios sentimentos a fim de oferecer apoio à esposa.

Diferentemente da inscrição via corpo da mulher, a gestação é um processo simbólico para os homens, que se dá pela imagem mental construída sobre o bebê (Piccinini et al., 2009). A realidade da existência do filho passa pelo corpo da mulher, a partir das interações com a barriga, exames e o parto (Matos et al., 2017). Desse modo, a perda do bebê que (só) existiu para o homem em seu psiquismo parece necessitar também da confirmação deste *outro* (mãe) para ser registrada enquanto realidade. Isso foi relatado pelos homens participantes, que se perceberam acessando a realidade da perda gradualmente, ao entrarem em contato com o sofrimento da esposa.

Sentimentos de culpa e impotência quanto à impossibilidade de alterar a realidade da perda foram evidenciados em homens e mulheres. Contudo, nas mulheres, decorreram de fantasias de descuido em relação à saúde ou demora na busca por auxílio médico, gerando a busca pelas causas da perda. Diferentemente da literatura (Pontes, 2020), que indica que a identificação da causa clínica do óbito fetal tende a gerar alívio nas mulheres, a partir da possibilidade de um controle dessas situações em gestações futuras, no presente estudo constatou-se o alívio da culpa pela perda a partir da ausência de causas clínicas. Para Margarida e Lua, o sentimento de culpa relacionou-se à passividade no momento do parto, que contrastou com os comportamentos idealizados para esse momento. No caso de Lua, especificamente, isso foi reforçado pela conduta médica. Como o sentimento de culpa está significativamente relacionado à intensidade dos sintomas de luto em mulheres que vivenciam uma PG (Pucci et al., 2021), fica evidente a importância do cuidado, já que intervenções e manejo inadequados podem intensificar a culpa e o potencial traumático da perda, complicando o processo de luto (Pontes, 2020).

Já nos homens, o sentimento de culpa relacionou-se à percepção de pouco envolvimento com a gestação devido ao trabalho, o que concorda com os achados de Bornholdt et al. (2007), que identificaram o sentimento de obrigação quanto

ao sustento da família, atrelado ao maior investimento no trabalho, como dificultador do envolvimento masculino com a gravidez. Entretanto, no presente estudo notou-se uma participação masculina ativa durante a gestação (interação com o bebê, acompanhamento em exames e consultas, escolha do nome, leitura de livros, conversas com a companheira etc.), como mencionado na literatura (Freitas et al., 2007). Questiona-se o quanto essa culpa pela participação considerada “insuficiente” poderia estar embasada na comparação com o investimento materno na gestação.

Os homens também tiveram sua conexão com a PG atravessada por questões burocráticas, diferentemente do experienciado pelas mulheres. Essa atribuição está ligada às expectativas quanto aos papéis de gênero diante dessa situação (Quintans, 2018) e ao tipo de perda investigada, pois o fato de a mulher ter sido submetida a procedimentos médicos dificulta o seu envolvimento prático com essas questões. É necessário reforçar a importância do papel da rede de apoio dos casais para a tomada de decisões e resoluções burocráticas, o que poderia auxiliar os homens a se conectarem com a sua dor e a dor da companheira.

O medo de perder a companheira foi um sentimento referido por todos os homens entrevistados, no caso de Crisântemo, inclusive, em uma gestação futura. Nesse sentido, mostra-se como um diferencial da experiência masculina e em especial desse tipo de perda, relacionado à autocobrança de prestar suporte à companheira. Essa postura de manter-se “forte” para dar suporte pode impactar no luto masculino (Obst et al., 2020), embora seja compreensível quando se considera a fragilidade física e emocional da parceira e as diferenças na expressão do sofrimento. A rigidez no desempenho do papel de apoio na relação conjugal também contribui para isso, somada à menor inclusão do homem na cena de confirmação da perda e parto.

Ressalta-se que os homens são incentivados culturalmente à contenção emocional e a demonstrações de força, ainda que vivenciem sentimentos de dor e tristeza (Silveira & Piva, 2020). Isso se intensifica pela falta de direcionamento e acolhimento aos homens por parte das equipes de saúde (Hambidge et al., 2021), o que pode contribuir para a manutenção da negação, assim como para um distanciamento afetivo a partir do afastamento e não inclusão/exclusão do mesmo, que só(bra) na cena. Isso repercute no tempo e nos caminhos encontrados para a vivência da perda e do luto, sendo observadas, neste estudo, diferenças desde o tempo de cada um para acessar a realidade da perda até a forma de elaborá-la.

Enquanto os homens preferiram não tocar no assunto e demonstraram comportamentos de esquivar e evitação do sofrimento, como apontado por Jones et al. (2019), as mulheres demonstraram maior abertura para buscar auxílio fora da dupla conjugal e da família, por meio de identificação e suporte, o que também é documentado na literatura (Morelli et al., 2014). Corroborando o apontado por Quintans (2018), percebeu-se, em todos os homens, em alguma medida, a repressão da expressão (e até mesmo da própria percepção) de seus sentimentos, mesmo a PG sendo referida como a maior dor e/ou dificuldade vivenciada até então por todos eles. Esse é um aspecto importante para intervenções, pois essa postura pode acarretar complicações ao processo de luto, mesmo que o voltar-se para o futuro e a reorganização prática da vida após a perda também sejam importantes e necessários (Parkes, 2009).

Nesse sentido, a circulação entre os papéis de “apoiador/apoiado” no casal pode contribuir para maior aproximação e compartilhamento, mostrando-se, neste estudo, como um facilitador do processo de luto de ambos, devendo ser reforçado em intervenções com casais em luto. Ressalta-se que esse movimento de alternância de papéis não dependeu do *status* conjugal, uma vez que não foram observadas diferenças nas experiências dos casais oficialmente casados ou apenas coabitantes. O que variou entre eles foi a flexibilidade para desempenhar esse papel de apoio, refletindo a qualidade da relação. Ainda, como visto neste estudo em Sol e Cravo, a flexibilidade e circulação de papéis pode ser comprometida pela percepção masculina de menor dor e sofrimento em comparação às parceiras. Nesses casos, verificou-se uma maior implicação em “manter-se forte” e abafar os próprios sentimentos.

Tal comparação tende a ser reproduzida socialmente, pois foi manifestada nos relatos dos homens sobre o menor cuidado e atenção para si no momento da PG pelas equipes de saúde. Esse achado também foi mencionado por Hambidge et al., (2021). Essa postura dos profissionais intensifica a dificuldade masculina de perceber a própria dor e de vulnerabilizar-se, dificultando também a valorização do vínculo construído com o filho. Essas questões foram identificadas especialmente no caso de Sol e Lua, no qual a companheira compartilha de tal percepção, reforçando-a. Dessa forma, é possível notar que a tentativa de mensurar e comparar quantitativamente o incomparável – a dor de cada um – não se mostrou um recurso válido para enfrentar a PG, pois pode representar a invalidação de um sofrimento já encoberto e contribuir para um silenciamento masculino ainda maior.

Enquanto recursos de enfrentamento diante da perda e do luto, observou-se o uso da espiritualidade em todos os participantes (exceto Sol) através da busca e atribuição de sentido e significados para a perda, não se observando diferença nos achados entre os homens e mulheres quanto ao seu uso, parecendo tal aspecto estar integrado às características pessoais e crenças de cada participante. Estudo de revisão sistemática da literatura realizado por Castro & Zanotto (2021) apontou a espiritualidade como um importante recurso de enfrentamento desse tipo de perda, sendo utilizada para suprir a ausência de ajuda profissional e na busca de explicações e conforto, como também observado neste estudo. Os momentos com o filho, a possibilidade de ver, tocar, e, em alguns casos, bater fotos e participar de rituais de despedida, também foram mencionados por todos como algo doloroso, embora reconfortante e necessário para simbolizar a perda (Muza et al., 2013; Teodózio et al.,

2020). As oportunidades de contato e despedida do bebê evidenciaram um avanço das instituições de saúde na assistência à PG (Carneiro et al., 2017).

Em sua maioria, os participantes expressaram o sentimento de se sentirem pais e mães, mesmo com a morte do filho, evidenciando o investimento psíquico presente na transição para a parentalidade e a consolidação de um lugar (concreto e simbólico) para o bebê. Contudo, para Rosa isto foi difícil de sustentar. A mulher, na gestação, (re)constrói sua identidade a fim de contemplar a maternidade. Assim, diante da ausência do bebê, da impossibilidade de exercer o papel materno e do não reconhecimento da mulher como mãe por si mesma e seu grupo social (Andrade et al., 2020), pode haver um descolamento e um despertencimento da identidade “tecida”. O fato de o bebê não ter sido “apresentado ao mundo” costuma ser um entrave na elaboração dessa perda e na autorização social para o enlutamento (Muza et al., 2013), e pode também dificultar o reconhecimento da assunção do papel materno pelo entorno social. No caso de Rosa, há o sentimento de não se sentir mãe e a tentativa de manter a filha viva internamente e no cotidiano, sinalizando a dificuldade de abrir mão do futuro planejado. Aparentemente, a dúvida sobre o *status* de mãe reverbera em uma tentativa de fixar-se no exercício da maternidade de modo concreto, prejudicial ao processo de luto, ao preservar a negação e não introjetar a perda integralmente: se, na falta da filha, a identidade materna em construção também se perde, a filha não pode morrer.

Observou-se, ainda, que todos os participantes mencionaram como repercussão inicial da PG o isolamento social, embora com funções diferentes para homens e mulheres (evitação do falar sobre a perda *versus* tempo para refletir e “digerir” a perda). Tal resultado foi corroborado pela percepção dos entrevistados de maior necessidade das mulheres de conversar sobre o filho perdido e maior evitação dos homens de acessar o conteúdo da perda, também afirmado por Pucci et al. (2021). Interessante pensar que a participação dos homens na pesquisa passou também pelo desejo e incentivo das mulheres. Ainda assim, percebeu-se, como no estudo de Quintans (2018), que, quando se proporciona um espaço seguro para falar sobre a perda, tanto homens como mulheres demonstram disponibilidade para fazê-lo, o que foi notável na duração das entrevistas, que superou o esperado (cerca de 120 minutos), sendo muitas vezes referida como o primeiro momento em que puderam falar abertamente sobre o ocorrido.

Considerações Finais

Considerando o objetivo do estudo, a análise dos casos demonstrou a vivência corporal da gestação e da PG como um aspecto demarcador entre a vivência feminina e masculina, pela singularidade que acarreta ao processo psíquico. Nos homens, identificaram-se comportamentos de fuga e evitação do sofrimento, assim como maior tempo de negação frente à notícia de perda, havendo silenciamento da dor e luto encoberto. Já nas mulheres percebeu-se menor negação da morte do bebê, maior expressão de sentimentos e necessidade de falar sobre a perda, assim como maior abertura para trocas e busca de apoio. Sentimentos de culpa e comportamentos de isolamento social foram observados em ambos, com funções distintas.

A vivência do parto e a postura dos profissionais de saúde também serviram como atenuantes ou complicadores do luto dos participantes. A espiritualidade mostrou-se um importante recurso no enfrentamento da situação, tal qual a flexibilidade do papel de apoio entre o casal e a presença de rituais de despedida. Tudo isso favoreceu o processo de (re)significar a morte do bebê.

A percepção de que a dor da mulher é maior, por ser mais visível e passar pelo corpo e pelo homem ter menos comportamentos que evidenciam sofrimento, faz parte do senso comum e foi identificada entre os participantes. Entretanto, a lógica quantitativa comparativa quanto à dor emocional e ao sofrimento experienciado por homens e mulheres não pareceu ser um recurso válido para enfrentar a PG, visto que foram evidenciados caminhos e modos distintos para a experiência de perda entre a dupla. Desse modo, é de extrema importância conhecer e dar visibilidade e voz para as dores de ambos, buscando evitar comparações, compreendendo as diferentes formas pelas quais cada membro do casal expressa essa dor e se adapta à perda de um filho ocorrida ainda na gestação. Profissionais da saúde precisam estar preparados para intervir nessa população, atentando para as necessidades individuais e conjugais, buscando maior inclusão do homem e o fortalecimento da rede de apoio do casal. O cuidado da equipe de saúde na hora do parto mostrou-se de extrema relevância, pois, embora a perda do filho seja bastante dolorosa, o parto não precisa ser traumático. A vivência traumática é estabelecida a partir da forma como a morte do filho é parida por esses pais e mães, com maior ou menor auxílio da equipe.

Como limitações desta investigação, destacam-se o fato dos homens terem sido contactados a partir das companheiras, perpassando a sua participação pelo desejo da esposa, o que pode ter restringido o acesso a outros homens. Ainda, a exclusão de casos com características familiares diversas (com outros filhos vivos, vivenciando uma separação conjugal etc.) pode ter impedido a identificação de outras perspectivas sobre o tema.

Sugere-se, então, que estudos futuros elucidem as repercussões do parto na experiência de PG e no luto dos homens, identificando características que contribuam para uma vivência de perda traumática; para que, assim, investiguem aspectos específicos do relacionamento conjugal que ressoam no processo de luto da dupla parental, para tanto compreender os impactos

de uma PG nesse relacionamento como aspectos dessa relação que possam ser facilitadores/dificultadores do processo de luto parental.

Referências

- Andrade, D. D., Silva, F. M. S. P., & Roure, S. A. G. (2020). Dor psíquica e luto materno diante da perda gestacional. *Psicologia em Ênfase, 1*(2), 142-161. <https://ojs.unialfa.com.br/index.php/psicologiaemfase/article/view/92>
- Bornholdt, A. E., Wagner, A., & Staudt, P. C. A. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica, 19*(1), 75-92. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000100006>
- Bassan, A. E. V., Barbosa, L. L. & Párraga, M. B. B. (2016). *Aspectos psicológicos relacionados ao período gestacional: Uma revisão bibliográfica* [Trabalho de Conclusão de Curso Graduação, Centro Universitário UNIVAG]. <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/100>
- Caldeira, L., Ayres, L. F., Oliveira, L. V., & Henriques, B. D. (2017). A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 7*, e1417. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1417>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In: M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 87-109). APPORT/SHO.
- Castro, L. G. T. D., & Zanotto Filho, R. L. (2021). *A contribuição da espiritualidade no processo de enfrentamento do luto decorrente do aborto: Uma revisão sistemática* [Trabalho de Conclusão de Curso Graduação, Universidade Cesumar]. <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/7518>
- Carneiro, H. L. B., Rodrigues, A. A., & Alves, M. S. (2017). A dor silenciosa dos pais de filhos natimortos e neomortos. *Humanidades, 6*(1), 59-71. https://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a139.pdf
- Casellato, G. (2015). *O resgate da empatia: Suporte psicológico ao luto não reconhecido*. Summus.
- Condon, J. T. (1986). Management of established pathological grief reaction after stillbirth. *The American Journal of Psychiatry, 143*(8), 987-992. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.8.987>
- Curi, P. L. (2017). Da curetagem aos restos psíquicos. *Cadernos de Psicanálise-SPCRJ, 32*(1), 52-59.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3ª ed.). National Computers Systems.
- Doka, K. J. (2016). *Grief is a journey: Finding your path through loss*. Atria Books.
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: Uma revisão. *Psicologia em Estudo, 14*(3), 485-490. <https://www.scielo.br/j/pe/a/HWWJNxHsh98RZZ6HpvtJ5mc/?format=pdf&lang=pt>
- Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*, e380. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
- Freitas, W. M. F., Coelho, E. D. A. C., & Silva, A. T. M. C. D. (2007). Sentir-se pai: A vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cadernos de Saúde Pública, 23*(1), 137-145. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100015>
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In: J. Strachey (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XIV, pp. 243-263). Imago. (Originalmente publicado em 1917[1915])

- Hambidge, S., Cowell, A., Arden-Close, E., & Mayers, A. (2021). “What kind of man gets depressed after having a baby?” Fathers’ experiences of mental health during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(453), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03947-7>
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: Clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187 - 194. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22754291/>
- Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). New understandings of fathers’ experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery*, 79, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102531>
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1120-1138. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>
- Matos, M. G. D., Magalhães, A. S., Féres-Carneiro, T., & Machado, R. N. (2017). Construindo o vínculo pai-bebê: A experiência dos pais. *Psico-USF*, 22, 261-271. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220206>
- Monti, M. R. (2008). Contrato narcisista e clínica do vazio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 239-253. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000200006>
- Morelli, A. B., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2014). Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade dos pais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2711-2720. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900026>
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34-48. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/03.pdf>
- Núcleo de Infância e Família [NUDIF]. (2008a). *Ficha de Dados Sociodemográficos* [Instrumento]. Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre.
- Núcleo de Infância e Família [NUDIF]. (2008b). *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* [Instrumento]. Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre.
- Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men’s grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(11), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos avançados sobre a perda na vida adulta*. Summus.
- Parkes, C. M. (2009). A influência de gênero sobre os apegos e sobre os lutos. In: C. M. Parkes, *Amor e perda: As raízes do luto e suas complicações* (pp. 174-175). Summus.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300010>
- Pontes, V. V. (2020). Aspectos psicológicos na perda gestacional. In: M.B. Cavalcante, M. A. C. Sarno, & R. Barini (Eds.), *Perda gestacional* (pp. 256-271). Manole.
- Potvin, L., Lasker, J. N., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45. <https://doi.org/10.1007/BF00962697>

- Pucci, C. M., Mendes, G. B., Nishihara, R. M., Maia, N. T., Okamoto, C., Reda, S., & de Oliveira Trintinalha, M. (2021). Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(1), e174765-e174765. <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174765/174122>
- Quintans, E. T. (2018). *Eu também perdi meu filho: Luto paterno na perda gestacional/neonatal* [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. PUCRJ. <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/34141/34141.PDF>
- Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 23(3), 420-429. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300002>
- Rocha, J. C. F. C. (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez* [Dissertação de Doutorado não-publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Porto.
- Silva, P. N. (2012). *Maternidade e relação mãe-bebê no contexto do luto materno* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4387>
- Silveira, J. C., & Piva, S. Z. (2020). O luto pela perda de um filho na percepção do pai [Trabalho de Conclusão de Curso Graduação, Universidade do Sul de Santa Catarina]. <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/10413>
- Teodózio, A. M., Barth, M. C., Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2020). Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: Estudo qualitativo. *Revista Subjetividades*, 20(2), e9834. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9834>
- Visintin, C. D. N., Inacarato, G. M. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2020). Imaginários de mulheres que sofreram perda gestacional. *Estilos da Clínica*, 25(2), 193-209. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i2p193-209>
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (3ª ed). Bookman.

Como Citar:

Santos, P. A., Tavares, S. T. N. S., Pimenta, C. F., Levandowski, D. C. (2023) "Meu luto é mais dolorido que o dele": Experiências de perda gestacional. *Revista Subjetividades*, 23(3), e13725. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v23i2.e13725>

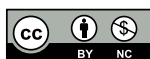
Endereço para correspondência

Priscilla Andrewns dos Santos
E-mail: psipriscillasantos@gmail.com

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares
E-mail: sandintavares@gmail.com

Clara Foletto Pimenta
E-mail: clarapimenta99@gmail.com

Daniela Centenaro Levandowski
E-mail: danielal@ufcspa.edu.br



Recebido: 28/04/2022

Revisado: 03/12/2022

Aceito: 24/01/2023

Publicado: 10/11/2023