

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Jorge Ramalho do Carmo

O PROCESSO DE LUTO NA INTERRUPÇÃO DE
GESTAÇÃO POR FETO ANENCÉFALO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO – SP
2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Jorge Ramalho do Carmo

O PROCESSO DE LUTO NA INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO POR FETO ANENCÉFALO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Helena Pereira Franco.

SÃO PAULO – SP
2007

BANCA EXAMINADORA:

*A minha esposa Viviane,
pelo carinho, compreensão
e incentivo neste momento
importante de minha
vida.*

Agradecimentos

À Profª Drª **Maria Helena Pereira Franco**, pela confiança, pelo carinho e incentivo nas orientações e por tantas outras oportunidades durante este período de aprendizagem, muito obrigado.

À Profª Drª **Sandra Borges**, que muito me ensina com sua dedicação, profissionalismo e amor à profissão. Sou muito grato por toda ajuda e incentivo para a finalização deste projeto.

À Profª Drª **Maria Celeste Santos**, uma ajuda fundamental na conclusão do trabalho, agradeço a disponibilidade e o apoio.

À minha esposa **Viviane Torlai** que diariamente me acompanhou, me incentivou e acima de tudo foi minha cúmplice e confidente nos momentos mais intensos desta caminhada. Agradeço a compreensão.

Aos meus pais, **Célia e Ramalho**, pelo apoio incondicional, por acreditar em meus sonhos, acompanhando minha jornada e sempre ao meu lado quando precisei me ensinando que nada vem sem esforço e que devemos nos alegrar com as vitórias e conquistas.

Ao meu irmão **Wagner**, por ser minha referência e ter me ajudado muito em meu desenvolvimento, tanto nos estudos quanto pessoalmente.

À família **Torlai, Vanda, Beto, Melissa, Gabriel e Felipe** por estarem sempre ao meu lado, torcendo pela minha felicidade e conquistas.

Aos amigos da Pós Graduação **Marcelo, Celina, Sandra, Elione, Cristiane e Joely** pelos inesquecíveis momentos juntos.

À assistente social **Irotildes Gonçalves Pereira**, que desde o primeiro contato acreditou no projeto não mediu esforços para que ele fosse realizado na instituição na qual trabalha.

À Diretoria do Hospital Saboya que gentilmente me acolheu e abriu as portas da instituição para a realização do trabalho, um agradecimento especial para **Cláudia**.

À minha entrevistada que gentilmente se disponibilizou a participar do projeto e dividiu um pouco da sua história com o objetivo de poder ajudar outras mulheres que passem pela mesma situação que a dela.

Ao **CNPQ**, que subvencionou recursos que tornaram possível a realização deste trabalho.

E um agradecimento a todas as outras pessoas que não foram citadas porém serão sempre lembradas por apoiarem esta minha jornada e por acreditarem na conclusão deste estudo. A todos vocês muito abrigado.

O filho que não fiz
hoje seria homem.
Ele corre na brisa,
sem carne, sem nome.

Às vezes o encontro
num encontro de nuvem.
Apóia em meu ombro
seu ombro nenhum.

Interrogo meu filho,
objeto de ar:
em que gruta ou concha
quedas abstrato?

Lá onde eu jazia,
responde-me o hálito,
não me percebeste,
contudo chamava-te

como ainda te chamo
(além, além do amor)
onde nada, tudo
aspira a criar-se.

O filho que não fiz
faz-se por si mesmo.

(Ser – Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

No processo de luto não reconhecido existe pouca ou nenhuma oportunidade de expressão pública para facilitar o processo de luto, com poucas chances de se dividir abertamente o pesar da perda. As patologias fetais incompatíveis com a vida fora do útero são perdas que se concretizam durante a gestação ou logo após o parto, não sendo considerado socialmente significativo, pois é como se a mãe não tivesse tempo de vincular com o bebê. Esta pesquisa teve por objetivo analisar e compreender o processo de luto por meio de um estudo de caso relacionado à interrupção da gestação por feto anencéfalo, identificando características e particularidades como a questão da igreja e do apoio familiar e social neste tipo de perda. Foi realizado no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Sabóya, conhecido como Hospital Jabaquara em São Paulo. A participante foi uma mulher que interrompeu a gestação de feto anencéfalo, que se submeteu a uma entrevista partindo de um roteiro semi-estruturado. Por meio da análise de conteúdo as informações foram discutidas e o processo de luto caracterizado a partir da peculiaridade da perda por anomalia fetal letal e interrupção da gravidez. Observou-se que as características da história da gestação influenciam no desenvolvimento do processo de luto. A dificuldade dos profissionais de saúde no manejo de pacientes nesta situação também foram observados. Desde o diagnóstico até o período de internação existe uma lacuna na assistência que acaba deixando a mulher sem orientação e suporte emocional frente a uma perda tão difícil de ser elaborada. O luto não reconhecido tem sua sintomatologia intensificada sofrendo influências do tipo de apoio que a família consegue oferecer e também de como se caracteriza o apoio religioso para estes casos de interrupção da gestação. Concluir este estudo é a possibilidade de perceber carências na assistência a essas mulheres, frente ao seu processo de luto não reconhecido. Fatores determinantes da realidade brasileira frente ao processo de luto incluem o apoio da igreja, a postura dos profissionais de saúde dos serviços de referência, o apoio familiar e a estrutura da pessoa. Refletir a respeito destes tópicos é uma possibilidade de se pensar na qualidade da assistência a estas mulheres e da continuidade do apoio frente ao processo de luto.

ABSTRACT

In the process of disenfranchised loss there is little or no opportunity for public expression to facilitate the mourning process, with few chances of sharing the grief of the loss openly. The fetal pathologies incompatible with life outside the womb are losses that happen during pregnancy or shortly after birth and it is not considered socially significant because it is as if the mother had no time to develop bond with the baby. This study aimed to examine and understand the process of grief through a case study related to the interruption of a anencephalic fetus' pregnancy, identifying characteristics and peculiarities as the issue of religion and the family and social support at this kind of loss. It was conducted at Hospital Municipal de Sabóya Arthur Ribeiro, known as Jabaquara Hospital in Sao Paulo. The participant was a woman who had interrupted the pregnancy of a anencephalic fetus, and was submitted to an interview based on a semi-structured guide. Information was discussed through analysis of its content and the process of mourning was characterized from the peculiarity of the loss by lethal fetal abnormality and interruption of pregnancy. It was observed that the gestation's history characteristics influence the development of the process of mourning. The difficulties of healthcare professionals in dealing with patients in this situation were also observed. There is a gap of support between the diagnosis and the period of hospitalization that leaves the woman without guidance and emotional support in such difficult loss. The symptoms of unrecognized mourning are intensified depending of family's type of support that can be offered and also the religious support for these specific cases of pregnancy's interruption. Finishing this study is the possibility to understand the lacks of assistance to these women, concerning to the disenfranchised loss process. The determinant factors in Brazilian reality concerning to the mourning process include the religious support, the attitude of healthcare professionals from reference services, the family's support and personal structure. Reflect about these topics is an opportunity to think about the quality of care to these women and the continual support to the mourning process.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	01
Capítulo I – A Gestação	05
Capítulo II – A Mulher – Saúde Reprodutiva	13
Capítulo III – O Abortamento e Bioética	23
Capítulo IV – Legislação Brasileira	41
Capítulo VI – Definição de Anencefalia	50
Capítulo VII – O Processo de Luto	57
1. O luto não reconhecido e a interrupção da gestação	62
VIII – OBJETIVO	69
IX – MÉTODO	71
9.1 – A Pesquisa	72
9.2 – Local	73
9.3 – Participante	73
9.4 – Instrumento	74
9.5 – Análise dos Dados	75
9.6 – Considerações Éticas	76
X – DISCUSSÃO	77
XI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
XII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
XIII – ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

Tive meu primeiro contato com as perdas perinatais trabalhando como psicólogo em uma maternidade, e me chamou atenção os casos de aborto em que as mulheres ficavam internadas aproximadamente dois dias e depois tinham alta. Saíam sem orientação, sem o bebê, e na maioria das vezes sem apoio. Meu foco começou a centralizar no processo vivido pelas mulheres que sofrem uma perda durante o período gestacional. Alguns questionamentos como; quais sentimentos eram mais comuns, como era percebido o período de internação, o que elas recebiam na alta, e o que faltava. Todos estes tópicos, com o objetivo de verificar a assistência à saúde da mulher nesta situação e mais especificamente a saúde mental, visto que os cuidados clínicos são oferecidos, porém com a lacuna da assistência emocional, quando o produto da gestação já não existe ou está fadado a um curto período de existência.

Pude entrar em contato com o estudo do luto, primeiro na Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic” da PUC, onde fiz um aprimoramento no atendimento a pessoas enlutadas e depois realizando o curso de luto no Instituto de Psicologia 4 Estações. Desta forma ampliei minha compreensão nas questões referentes ao processo de luto, conhecendo o luto não reconhecido, que me ajudou a entender melhor o processo de luto nas perdas perinatais.

Com os debates aquecidos em 2004 a respeito da liberação à interrupção de gestações de anencéfalos, delimito a pesquisa e fiz a entrevista com M. que vivenciou intensamente esta situação, reagindo à perda, proporcionando assim a reflexão para

verificar possíveis determinantes do processo de luto nas interrupções de gestação de fetos anencéfalos.

Pude perceber que a contextualização da história da gestação e a representação deste momento para a mulher seja talvez o primeiro tópico a ser considerado, pois dele deriva a reação posterior ao diagnóstico, à interrupção e o depois na vivência do luto. Este tipo de investigação cabe ao psicólogo justificando assim a assistência interprofissional nas interrupções de gestação.

Visando compreender os fatores do processo de luto nas interrupções de gestação por feto anencéfalo, este trabalho inicia a revisão de literatura caracterizando o momento da gestação e os processos emocionais envolvidos. A questão da saúde reprodutiva é também referida, assim como a temática do aborto.

Na seqüência apresento uma breve caracterização da legislação brasileira referente ao assunto e posteriormente trago a definição de anencefalia.

A continuidade do trabalho aborda o processo de luto, o luto não reconhecido e o luto relacionado à interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida extra-uterina.

Por fim apresento o objetivo do estudo e a pesquisa que foi desenvolvida no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya em São Paulo, com o apoio do serviço social da instituição.

Buscar responder algumas questões motivado pelo tema, não tem a pretensão de esgotar o assunto e sim ampliar as possibilidades para novos questionamentos e novos estudos nesta área.

A GESTAÇÃO

A Gestação

Uma das experiências significativas na vida de uma mulher é a gestação. É um momento intenso em transformações biológicas, psicológicas e socioculturais, e que vai gradativamente transformando tanto fisicamente quanto emocionalmente a mulher.

Desde a mais tenra infância, a menina é inserida no universo afetivo e cuidador de ser mãe. Em brincadeiras de casinha, com bonecas, a criança vai repetindo o que ela vê ao seu redor, buscando identificar-se com sua mãe ou outra cuidadora que sirva como matriz de identificação, estabelecendo parâmetros culturais e afetivos que serão evocados no futuro, no momento da gestação. Atualmente, outros referenciais do papel feminino são inseridos no universo infantil, pois existe um grande universo de mães que trabalham e dividem sua atenção na vida profissional e na vida pessoal. Os cuidados com os filhos se mantêm e este referencial é internalizado e serve como referência futura desta nova geração.

É um período repleto de simbologias e significados que apresenta suas especificidades em cada cultura, no entanto, com características semelhantes quanto à formação de laços afetivos entre o recém-nascido e as figuras mais próximas, na grande maioria, mãe e pai.

O estabelecimento desses laços de afeto acontecem antes mesmo da gestação. Seja uma gravidez planejada ou não, o bebê existe na fantasia dos pais como uma possibilidade muitas vezes inconsciente (BERTHOUD, 1998; PICCININI, 2004).

As representações e fantasias que ajudam a estruturar este bebê imaginário na subjetividade dos pais têm sua origem nas percepções do cuidar do grupo familiar. Segundo Winnicot (1999), o ato de conceber mentalmente a criança constitui seu início. Em determinado momento da vida adulta, os sonhos e desejos exercitados inicialmente no brincar, agora começam a tomar uma proporção que se aproxima da concretização de ter um filho.

O nascimento subjetivo da criança começa muito antes de seu nascimento pelo parto, concretamente. Ela existe nos sonhos e expectativas dos pais, que se originam do mundo interno de cada um deles, baseado nas experiências passadas e em suas necessidades. O filho pode representar a continuidade dos pais, da família ou mesmo pode vir com uma responsabilidade de alcançar os objetivos que os pais não conquistaram. Muitos podem ser os desígnios dos bebês enquanto no ventre da mãe. Perceber que esta criança existe no imaginário dos pais estimulando um processo de resgate de um modelo de maternidade construído ao longo do tempo é necessário para entender que não existe espaço para se pensar em perda neste momento. Pensar em perda do bebê por aborto ou alguma malformação pode, em algum momento, fazer parte do imaginário dos pais, porém não encontra caminhos para ser exposto, verbalizado, pois tende a não ser reconhecido, ou mesmo um sinal movido pelo pensamento mágico de que possa atrair justamente o que se está pensando.

Todo o processo impulsiona a mãe a lidar com situações relativas à transformação, adaptação, incorporação, ampliação e nascimento. É uma possibilidade da mulher se perceber, podendo modificar a percepção que tem dos outros e de si

mesma (BIRKSTED-BREEN, 2000). Porém, é um processo de preparação tanto fisiológica quanto psicológica e as mudanças não ocorrem rapidamente, acompanham o desenvolvimento do bebê e desta nova mãe.

Frente a estas mudanças, muitas vezes a mulher adota uma postura de se afastar dos estímulos. A sonolência é um indicador desta situação, em que ela busca se adaptar à idéia da gestação: porém, como o processo é emocionalmente intenso, este distanciamento dos estímulos do sono facilita também os sonhos que auxiliam na organização das percepções tanto conscientes quanto inconscientes (SOIFER, 1980).

Os sonhos podem expressar não só a ansiedade frente ao novo, quanto podem refletir a curiosidade e a tendência de um movimento de retraimento social da gestante que é esperado neste momento. Birksted-Breen (2000) relata o sonho de uma gestante relacionado com uma casa em que a área externa é feia e sem importância, porém por dentro a casa é linda e aconchegante. O movimento de mudança do foco de importância para o interior reflete o que aquela mulher estava passando frente à gravidez. O foco alterna do mundo externo para o desenvolvimento do feto na nova casa deste filho que se desenvolve. É uma interpretação que reflete tanto o mundo interno físico do crescimento de um filho no útero da mãe, quanto o mundo interno psíquico desta mulher.

A mulher gradativamente vai desenvolvendo a nova identidade de mãe, e conseqüentemente também elabora esta nova condição frente à condição anterior de filha. Desta forma, surgem alterações psicológicas decorrentes desta situação,

desencadeando mudanças nas relações dessa mulher consigo mesma, com os outros e com o mundo.

É um momento de transformação, de mudanças que exigem novas estruturas e adaptações. A ambivalência está presente com maior intensidade no primeiro trimestre, pois a gestação requer mudanças pessoais e intrapsíquicas que acarretam ganhos e perdas para a mulher, o que de certa forma justificaria a existência de sentimentos opostos (MALDONADO, 2002).

Estes sentimentos opostos, esperados no início da gravidez, em que a gestante começa o processo de internalizar a idéia do desenvolvimento no útero de seu filho, acarretando também a formação na identidade de mãe, podem mobilizar sentimentos de culpa até mesmo por fantasias de aborto ou de irrealidade no início da gestação. Esta situação acaba por provocar também medo de que seu filho nasça com algum problema físico, uma deformidade ou doença.

Nos primeiros meses, a mulher é envolvida por sentimentos de dúvida, confusão, arrependimento e ansiedade. Situações conflitivas esperadas para o momento que vão testar as capacidades adaptativas no período gestacional. A raiva é um dos sentimentos vivenciados, porém de difícil reconhecimento, pois provoca fantasias de prejudicar o bebê. A raiva pode estar relacionada tanto ao bebê, quanto à própria mãe e também ao pai (CURY, 1997; BIRKSTED-BREEN, 2000).

As vivências contraditórias podem parecer estranhas, mas estão presentes neste primeiro momento de descoberta da gravidez. É uma tomada de consciência que

mobiliza não só a mãe e o pai, como toda a família, porém é papel primordial da mulher aceitar o “corpo estranho” que começa a se desenvolver em seu útero.

Considerando a entrada da mulher em um universo tão conhecido como a gravidez e tão novo como experiência particular e íntima desta mãe no processo de gestação de um filho, os sentimentos e comportamentos envolvidos vão inicialmente demonstrar uma provável busca adaptativa. A gravidez exige algumas restrições e alterações e pode mesmo apresentar complicações como o distúrbio hipertensivo específico da gravidez (DHEG) ou uma diabetes gestacional, além de possibilidades de aborto espontâneo no primeiro trimestre ou mesmo problemas de má-formação no desenvolvimento do feto. Logo, as vivências contraditórias são mais intensas no início gestacional.

No início da gestação ainda prevalecem momentos de rejeição e de aceitação da gravidez. Existe uma modulação de intensidade variada em aceitar uma tendência maternal conflitando com uma rejeição que pode estar relacionada a questões persecutórias envolvendo conflitos edipianos. A existência desta ambivalência revela conflitos relacionados à construção de um mundo interno que foi se formando ao longo da infância e que estão relacionados a como a criança internalizou o resultado das relações entre desejos, impulsos, fantasias e experiências subjetivas com as figuras significativas de referência.

O filtro edipiano, que surge nas fantasias infantis de monopolizar o afeto do genitor desejado e anular o do mesmo sexo, ou seja, um interesse pela figura paterna e a rivalidade com a mãe, para esta mulher grávida, interfere diretamente na ansiedade de

uma incerteza inicial, pois remete a nova mãe a conflitos relacionados a uma culpa infantil tanto pelas fantasias de ataques à mãe, quanto ao desejo, em determinados momentos, de tomar seu lugar. Perceber o lugar a ser ocupado não significa destituir a figura materna de sua posição, como a concretização de fantasias infantis, porém é a partir destes conflitos que a nova mãe pode reavaliar relações e percepções, uma chance de reparações em uma perspectiva de desenvolvimento positivo.

Bradley (2000) complementa afirmando, porém, que esta oportunidade de um novo começo não está diretamente relacionada à solução de problemas existentes. Ela exemplifica com o relato de casos de adolescentes que ficam grávidas com a fantasia de que vão poder oferecer aos seus bebês o que para elas faltou

Os conflitos baseados nas relações mãe e filha são resgatados e atuam diretamente na forma como a gestante vai lidar com a sua gravidez. Navajas Filho (1997) pontua esta questão referindo que, na existência de conflitos intensos, é comum observar quadros de emese, hiperemese (náuseas e vômitos) e até mesmo aumento de peso durante a gestação. Isto porque a formação da identidade de mãe desta nova gestante pode ficar comprometida devido aos conflitos com a figura de identificação materna. O autor continua afirmando que fantasias, dependências, medos, raiva e culpa que não foram elaborados podem interferir no processo.

Estas reações comportamentais podem acontecer no processo de gestação de qualquer mulher, o que revela a intensidade das reações emocionais a ponto de provocarem alterações somáticas importantes na gestante.

Este período adaptativo pelo qual passa a mulher gestante é fonte geradora de ansiedade, pois trabalha constantemente com conflitos intrapsíquicos e com a capacidade adaptativa frente a uma série de modificações, tanto corporais quanto relacionais. Esta ansiedade, comum aos três trimestres do período gestacional (MALDONADO, 2002; SOIFER, 1980), é apontada por Nina (1997) como um estado básico e necessário desencadeador dos mecanismos de defesa do ego, em uma leitura psicanalítica, capaz de contribuir nos períodos adaptativos que a mulher passa durante a gestação.

Dividir a gestação em períodos facilita a compreensão do desenvolvimento fetal e de algumas características emocionais da mãe. Porém, existem estados emocionais que estão presentes em toda gravidez, apresentando características diferentes dependendo do tempo de gestação e de como a mulher passou nos períodos anteriores. A ansiedade materna é observada durante todo o período gestacional e tende a se intensificar em seu decorrer, conforme aponta Bartilotti (2000). Os fatores desencadeadores são múltiplos e podem variar a partir das experiências vividas pela gestante antes e durante o ciclo gravídico.

É uma relação direta, pois aquelas que tiveram problemas no início da gestação, ou que já tiveram perdas anteriores, vão apresentar maior ansiedade nos períodos seguintes da gestação.

A MULHER - SAÚDE REPRODUTIVA

A MULHER – SAÚDE REPRODUTIVA

Uma das questões de se falar em saúde reprodutiva é tentar tornar o debate sobre a interrupção da gestação mais próximo de uma realidade social e política, buscando entender formas de ampliar a discussão, tendo como finalidade tanto a saúde reprodutiva quanto a saúde mental da mulher.

As diferenças biológicas impulsionaram outras áreas do conhecimento a perceber a importância de caracterizar os fenômenos psicossociais das diferenças de gênero. O rompimento com o determinismo biológico possibilitou uma maior compreensão das diferenças sexuais e uma avaliação de que estas diferenças levavam a uma ampliação do conceito da sexualidade levantando tópicos como a saúde da mulher, a saúde reprodutiva, os direitos reprodutivos, dentre outros.

Scavone (2004) relata que, para compreender o caminho percorrido na construção do conceito de saúde reprodutiva, entender o feminismo contemporâneo é de fundamental importância. Isto porque as idéias do feminismo dizem respeito à autonomia, diferença e alteridade frente a uma realidade tradicional que estabelece um lugar restrito para a mulher, como aponta Pedro (2003):

“...em comparação com o masculino, que se passou a publicar representações do corpo feminino ligadas à esfera doméstica, ao privado, à virtude”(p.158).

Um dos pontos de reflexão abordados pelo feminismo foi este lugar no qual a mulher foi inserida, sem necessariamente ter um poder de escolha. Esta mulher tradicional tem reduzido também seu poder de decisão, pois se submete ao poder masculino que detém um suposto saber que alimenta a desapropriação da mulher enquanto conhecedora tanto de seu corpo como de suas necessidades.

Riechelmann (1997) fala de conceitos teóricos a respeito da mulher tradicional e da mulher atual, reforçando e afirmando a existência de duas situações que se intercalam constantemente, porém que necessitam de uma diferenciação didática para análise. O autor descreve ainda a mulher tradicional inserida em alguns contextos e situações bem definidas:

- Contexto de desvalorização da condição feminina;
- Contexto de culpa sexual;
- Universo físico limitado ao ambiente doméstico;
- Universo existencial limitado à vida privada;
- Contexto casar-engravidar-educar os filhos.

O primeiro tópico refere-se à condição da mulher ser menos capaz, reforçando a condição de certa potência masculina que submete a mulher a uma condição inferior. O contexto da culpa sexual vai justamente retirar a propriedade que ela tem do seu corpo. O controle das gestações obedece ao desejo do companheiro, pois se ele tem o desejo de outro filho, não importa o desejo da companheira já que existe uma crença de que a

mulher, antes de ser mulher, tem uma função de procriar que supostamente transcende outras expectativas e necessidades.

Conforme aponta Pedro (2003), comparada com a virgem Maria, a mulher é um receptáculo, uma terra fértil onde a semente germinará. Esta idéia traz uma função divina muito difícil de diluir e dissipar. Existe então uma responsabilidade divina de procriação e manutenção da espécie que supostamente antecede o desejo concreto e pessoal da mulher; desta forma, em um contexto tradicional, ela deve obedecer a um universo existencial e físico limitado, porém com responsabilidades de ser fértil e ser percebida socialmente como competente no que se refere à procriação e educação dos filhos. A realização para uma mulher no contexto tradicional apontado por Riechelmann (1997) se apresenta na configuração de casamento, que permite uma gravidez, e é com o resultado da gestação que ela pode completar o ciclo de educar os filhos.

O corpo da mulher a serviço de produzir filhos é a justificativa para a existência feminina, segundo Pedro (2003). Esta crença data do início do século XX, um período que reforça este conceito tradicional pois a sexualidade só era permitida após o casamento, em que o produto desta união eram os filhos legítimos do casal.

Observa-se então que existe a construção de uma crença na mulher honesta, que segue um padrão da mulher tradicional. O oposto revelava o proibido, a mulher prostituta, os relacionamentos extraconjugais, as mães solteiras. Neste universo, opondo-se às mulheres honestas, estavam aquelas envolvidas com aborto e com práticas contraceptivas. Ou seja, a mulher se apropriando do próprio corpo para não sofrer com as pressões sociais da época.

Esta mulher que busca retomar a percepção do próprio corpo aproxima-se da mulher atual comentada por Riechelmann (1997). É a mulher que participa do sistema econômico de produção, que busca uma reapropriação do próprio corpo, da sexualidade e libertação da culpa sexual, além de ter acesso ao poder. É uma mulher que percebe os benefícios da independência financeira e sai do ambiente privado do lar. A invenção da pílula anticoncepcional proporciona que a mulher vivencie sua sexualidade de uma forma nova, pois o temor de uma gravidez indesejada diminui com os contraceptivos. E, por fim, é uma mulher que passa a competir de igual para igual no mercado de trabalho com os homens.

Erroneamente, os conceitos podem se misturar no que é moderno e no que é tradicional em relação a seus opostos. O oposto de tradicional não é o moderno, na verdade os dois são complementares. O problema é utilizar um foco de visão no qual o oposto ao tradicional seria a mulher atual, sendo que este contraponto se distanciaria também da idéia de mulher honesta. Pensar no aborto apresenta, então, uma relação com o proibido e com a desonestidade da mulher para com o público, pois ela está indo contra a preservação da própria espécie.

Se a mulher tradicional é honesta, dedicada ao lar e aos filhos, o oposto poderia propor uma mulher desonesta e com poucas ligações com filhos e com o lar. O que os autores mostram é que são situações complementares e não estanques, transitando em um período de mudanças para a mulher na sociedade brasileira, que tanto tem elementos tradicionais como atuais. Algumas das questões atuais estão relacionadas à saúde

reprodutiva. Scavone (2004) aponta questões reprodutivas ligadas ao direito ao aborto e à contracepção segura.

A necessidade de se pensar nos direitos das mulheres frente ao seu potencial reprodutivo pode estar associada ao que Pedro (2003) comenta da mulher ser aquela apenas que recebe o filho a ser gerado, tendo desta forma um papel secundário na concepção. Porém, esta foi só uma primeira visão que atribuía à mulher um papel secundário. O desdobramento apontou para uma responsabilidade de cuidar e educar os filhos. Vale observar que os papéis e as atribuições das mulheres não eram diretamente escolhidas por elas devido à sua posição de submissão. Eram criados por uma sociedade gerenciada pelos homens, que buscavam controlar entre outras coisas a sexualidade feminina, legitimando a fecundação dentro do casamento, no ambiente privado do lar. O que acontecia fora desta contextualização era prontamente discriminado e desencorajado.

Este direito das mulheres à saúde reprodutiva está relacionado à garantia que o direito reprodutivo afirma, de que toda pessoa possa decidir quantos filhos quer e quando quer ter cada filho; sem discriminação, coerção ou violência; além de ter acesso a informações e meios necessários para exercer esse direito. Obedecendo a reciprocidade jurídica, em que ao direito de um corresponde uma obrigação para o outro; e a socialidade, que compromete a sociedade e não indivíduos e grupos isolados. E ao se falar de poder, compreende-se a possibilidade concreta de ação partindo de uma garantia (direito) ao seu exercício. Porém nem todo direito é uma garantia, ele pode

ainda ser uma promessa, que não tem funcionalidade se não cumpre com o compromisso firmado anteriormente.

As relações de poder que instituíram padrões de comportamento feminino pela ótica masculina ainda são preponderantemente masculinos nos dias atuais. É o que apontam Costa e Silvestre (2004) quando falam da participação das mulheres na administração pública federal, levando em consideração a distribuição dos cargos DAS (cargos de direção e assessoramento superior). As autoras comentam que quanto maior o poder, menor é a participação feminina.

A perspectiva de uma mudança nas relações de poder com possibilidades reais de mudança na assistência à saúde da mulher e saúde reprodutiva levou à ampliação cada vez maior da participação das mulheres na política, e como dito anteriormente, na possibilidade concreta de fazer algo. Apesar de ainda se representar uma desigualdade no acesso ao poder, a participação feminina aumentou nas instâncias ligadas à saúde e aos movimentos sociais. Costa e Silvestre (2004) relatam também que as mulheres têm forte participação como conselheiras estaduais de saúde, porém nas relações de poder dos profissionais de saúde são as que ocupam as categorias de menor salário, como auxiliares de enfermagem e atendentes, enquanto que na categoria dos médicos predominam os homens.

Estas relações de poder influenciam nos direcionamentos e dificuldades em se pensar as mudanças e regimentos legais referentes à saúde reprodutiva, pois ainda existe uma posição de inferioridade ocupada pela mulher nas decisões que envolvem políticas de saúde pública.

Na década de 70 e início dos anos 80, a preocupação primordial referente à saúde da mulher relacionava-se à questão reprodutiva, assim como o controle da reprodução. Porém em 1983 é criado o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Considerado por Osis (1998) como uma real possibilidade de mudança nos cuidados com a saúde da mulher buscando uma assistência integral, o PAISM foi então incorporado pelo Sistema Único de Saúde e implantado em todo o país.

Apesar da expectativa do movimento feminino de que o programa resolvesse os problemas relacionados à saúde da mulher, Sacavone (2004) comenta que mesmo sendo um programa com um forte apelo em favor dos direitos à saúde da mulher, não consegue obter resultados satisfatórios frente aos objetivos propostos e sua implantação em todo o território nacional não aconteceu.

Osis (idem), no entanto, relata que não se deve negar a importância do programa na ampliação do debate incluindo conceitos como integralidade e universalidade da atenção à saúde. A própria assistência foi questionada deixando de visar apenas o pré-natal, parto e puerpério, buscando inserir o corpo feminino em um contexto social. As questões relacionadas à fecundidade passaram também a fazer parte da ação integral, e não mais uma ação isolada de tentativa de controle de natalidade pela distribuição de pílulas contraceptivas e cirurgias de esterilização.

A discussão desta temática sai do âmbito privado e gradativamente vai atingindo um universo cada vez maior. É na década de 90 que o conceito de direito reprodutivo alcança a sociedade, fortalecido por grandes conferências convocadas pela ONU. Em

1993, no Cairo, realizou-se a conferência sobre população e em 1995, em Beijin, a Conferência Internacional da Mulher (COSTA e SILVESTRE,2004 e SCAVONE, 2004).

As duas conferências ajudaram a revelar com mais clareza uma grande dificuldade a ser enfrentada no planejamento de ações contraceptivas e da legalização do aborto. No Brasil, a Igreja Católica aparece com grande poder na opinião pública nas questões referentes à contracepção e mais intensamente na política antiaborto. Dois temas centrais discutidos em relação à saúde da mulher, a contracepção e a legalização do aborto, são combatidos pela Igreja, trazendo novos elementos para o debate, os valores morais e a culpa, que vão aparecer com mais intensidade no âmbito privado da mulher que passa por uma situação em que se vê frente a uma destas duas temáticas.

Costa e Silvestre (2004) apontam que existe certa vulnerabilidade das mulheres no que se refere à saúde reprodutiva que está ligada valores morais. Um dos pontos levantados é o que ela chama de “mito da fidelidade”: mesmo sabendo da relação extraconjugal do companheiro um número elevado de mulheres entrevistadas em sua pesquisa relata não usar preservativo, o que as coloca em vulnerabilidade e risco. Sobre o aborto, a autora fala que:

“A moralidade do aborto envolve basicamente duas questões – a submissão das mulheres, com perda de sua autonomia para decidir sobre seu corpo e seu destino, e a intolerância da Igreja” (idem, p70).

A mulher saiu de uma perspectiva meramente reprodutiva para entrar em um complexo sistema relacional que tem como um dos eixos mobilizadores a saúde da mulher, e mais especificamente a saúde reprodutiva. Com ela dialogam o Estado, a religião, a sociedade e ela própria. Este debate mostra também que as relações de poder estão em transição e um papel de submissão anteriormente aceito, hoje em dia é reavaliado e questionado, sem falar que em muitas situações ele não é mais aceito. De simples reprodutora passa a um lugar de reapropriação do corpo e de todas as necessidades inerentes à saúde reprodutiva e o aborto é uma destas questões que serão discutidas no próximo capítulo.

O ABORTAMENTO E BIOÉTICA

ABORTAMENTO

O debate sobre a saúde reprodutiva inevitavelmente chega ao tema do aborto, que atualmente no Brasil é regido por leis que datam de 1940. Quem o pratica tem punição penal e moral, mas mesmo assim ele é praticado por mulheres de todas as classes sociais; porém, as classes populares entram para um grupo de risco tanto de complicações após o procedimento quanto de morte materna. Esta situação é decorrente de uma procura por métodos ilegais, clandestinos e inseguros para a interrupção da gestação, justamente por não ter como pagar por um procedimento em uma clínica particular, que mesmo realizando um procedimento ilegal oferece segurança à mulher quanto à sua saúde física, ou acaba por tentar provocar o aborto com a utilização de medicações abortivas sem nenhum tipo de acompanhamento médico.

Segundo Costa e Silvestre (2004), aproximadamente um terço das gestações no Brasil não são desejadas, refletindo um elevado número de aborto em clínicas clandestinas, cerca de 1.4 milhão por ano no Brasil, resultando em aproximadamente 300.000 internações hospitalares por alguma complicação. O aborto clandestino é responsável por 12% das mortes maternas no Brasil e aproximadamente 31% das gestações acaba em aborto induzido.

A questão do aborto é um problema de saúde pública que levou o Ministério da Saúde a inserir no plano de ação “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” de 2004 o objetivo de qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento. Apesar de buscar uma melhoria na assistência, é um plano de ação que

não contempla uma reflexão atualizada a respeito do tema, considerando as necessidades das mulheres frente aos avanços tecnológicos da medicina fetal. O plano de ação segue o código penal, buscando;

“garantir maternidades de referência na atenção ao aborto previsto pelo Código Penal; implantar técnica de curetagem; garantir anestesia nas curetagens pós-aborto; elaborar e imprimir o manual Atendimento Humanizado ao Aborto Inseguro e ao Aborto Previsto no Código Penal; revisar e imprimir a Norma Técnica de Atenção ao Aborto Legal e apoiar capacitações sobre atenção humanizada ao aborto inseguro” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, pp 26 e 27).

O risco desta situação é trabalhar no problema já instalado e não na prevenção. As ações estabelecidas como meta são necessárias pois vão atender uma população carente, que enfrenta um castigo moral por ter feito um ato ilegal e condenado pela sociedade. Esta condenação é reforçada pelo Código Penal e pela religião. O Código Penal considera como crime se for realizado fora das duas situações permitidas e a Igreja considera um ato pecaminoso, pois se antecipa à vontade de Deus em relação à vida.

Existem, então, três eixos de discussão a respeito do aborto: um ligado ao Código Penal, que vai autorizar ou não a realização do aborto; um outro, médico, que amplia as possibilidades de um aborto seguro e insere situações de reflexão para os

casos de aborto; e por último a religião, que condena o aborto e tem um forte poder como formadora de opinião em nossa sociedade.

Em 1989, Meira e Ferraz, estimulados pelas discussões a respeito da liberação do aborto proporcionado pela formulação da Nova Constituição de 1988, publicaram um artigo resultante de uma pesquisa que buscava verificar a opinião de estudantes de medicina e direito da USP a respeito da liberação do aborto. Do universo pesquisado de 291 estudantes, apenas 4,1% eram totalmente contrários à autorização do aborto, ou seja, não consideravam haver uma situação que justificasse o abortamento. O restante da amostra se dividiu em dois grupos, quase a metade sem restrição e o outro com algumas restrições. O grupo que aceita mediante algumas restrições concorda quase que em sua maioria com a legislação brasileira. No trabalho não é mencionado nenhum conteúdo de fundo religioso que viesse a influenciar nas respostas; a diferenciação por serem estudantes de direito e medicina ficou evidente no tocante ao momento de decisão da realização do abortamento. Apenas 1,4% dos estudantes de direito relataram que deveria ser tomada por “outros” que não o casal, enquanto que entre os estudantes de medicina, 8,3% relataram que deveria ser uma decisão médica.

Neste ponto, já se percebe uma inclinação ao saber médico como fator significativo em questões referentes ao aborto, isto considerando-se que procedimentos e exames médicos são fundamentais para o diagnóstico de anomalias fetais incompatíveis com a vida extra-uterina, o que atualmente determina a possibilidade de interrupção da gestação após a autorização por alvará judicial.

A decisão, no entanto, recai para a mulher ou o casal. Para os estudantes de direito, 67% afirmam que esta decisão cabe à mulher, enquanto 73,3% dos médicos acham que é uma decisão do casal. Os autores da pesquisa comentam que as diferenças estão relacionadas à linha de raciocínio de cada grupo. Os médicos acreditam que ambos têm responsabilidades, pois o casal é responsável pela fecundação, enquanto que os estudantes de direito partem para a questão legal, pois é a mulher que tem autonomia de decisão a respeito do seu próprio corpo.

Apesar de esta pesquisa ter sido realizada no fim da década de 80, trouxe uma questão que é apontada por Costa e Silvestre (2004), como um dos pontos para se pensar na liberação do aborto, abolindo assim como sua prática clandestina: o poder de autonomia da mulher sobre seu corpo. Porém, a reflexão mais recente aborda a questão considerando um enfraquecimento desta autonomia, somando-se a intolerância da igreja frente ao tema. Esta perda de autonomia está relacionada a uma posição de submissão feminina na sociedade, frente a fundamentos morais formadores de opinião, como a igreja e as próprias mulheres.

As autoras (2004) consideram, nos resultados da pesquisa que entrevistou 2.502 mulheres, que:

“A moralidade das mulheres, expressando-se pelo seu avesso revelado na culpa e na dor de suas vivências relacionadas ao aborto, é a explicação encontrada para o fato de apenas 16%

das mulheres ouvidas na pesquisa de opinião entenderem que o aborto deva deixar de ser crime em todos os casos (p.70).”

Os eixos temáticos das questões legais, da medicina e da religião são então leituras práticas e acadêmicas referentes ao aborto, porém a mulher ainda se percebe sozinha na resolução de uma situação que possa envolver práticas abortivas, ou seja, até que ponto o código penal, e medicina e as religião conseguem minimizar a angústia sofrida por uma mulher que cogita a possibilidade da realização de um aborto?

Em pesquisa realizada para saber o conhecimento e a opinião sobre as leis do aborto e a prática de obstetras e ginecologistas brasileiros como indicativo do impacto no acesso das mulheres ao aborto seguro, Goldman et. al (2005) coletaram informações de 572 questionários enviados a médicos ligados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Os resultados mostraram que aproximadamente metade dos médicos não tinha conhecimento correto a respeito das leis que regem o aborto, e um número significativo, segundo a pesquisa, considerava que o aborto era permitido nos casos de graves malformações fetais, o que de fato não é permitido. Desta forma, uma das observações colocadas pela autora refere-se à falta de conhecimento adequado pelos médicos dos procedimentos legais em relação ao aborto, comprometendo o repasse desta informação às pacientes.

O imperativo legal e moral é tão intenso no que tange à criminalização do aborto, que provavelmente dificulta que os profissionais de saúde aprofundem o conhecimento das alternativas frente a um tema polêmico como esse. Até mesmo o não envolvimento

pode ser pensado como uma chance de não entrar em contato com o conflito ético e moral que envolve o conhecimento médico, alívio do sofrimento, conflitos pessoais e do próprio envolvido com o sofrimento emocional da gestante frente a uma situação de perda.

Goldman et. al. (2005) finalizam observando que poucos médicos concordam com as leis que regem atualmente a questão do aborto, por excluir a possibilidade de realização nos casos de severas malformações fetais, e completam que os médicos acreditam que este poder de decisão não deva passar por uma autorização judicial e sim pela indicação médica e pelo desejo da mulher.

Complementando os achados de Meira e Ferraz (1989) sobre a opinião de estudantes de medicina e direito, Goldman (2005) acrescenta que os médicos não falam da liberação total do aborto, mas assumem a postura de repensar a interrupção da gestação nos casos de malformação fetal severa, fundamentando a argumentação nos avanços dos diagnósticos e da medicina fetal, ou seja, um saber próprio que não justifica a necessidade de um alvará judicial para corroborar a decisão, visto que um dos fatores também considerados é o desejo da mulher.

De acordo com Monteiro e Adesse (2006), comparando-se o número de abortos induzidos com o de nascidos vivos, em 2005 o número de abortos equivale a 30% dos nascimentos, revelando uma proporção elevada de gestações não desejadas. A gravidez em um contexto contrário ao desejo muitas vezes leva ao aborto inseguro.

O aborto inseguro, no entanto, revela uma complexidade de motivos. Primeiro, ele entra na questão da não legalidade, é considerado crime em quaisquer circunstâncias que não as previstas no Código Penal. Outro fator é a inviabilidade fetal fora do útero, que pode motivar a interrupção da gestação de um feto que pode morrer durante a gestação ou logo após o nascimento. Existe também um outro grande grupo de razões que podem envolver questões sócio-econômicas, culturais e comportamentais em que o feto não apresenta nenhuma má-formação incompatível com a vida extra-uterina, porém a mulher busca o aborto.

Esta busca pode ser entendida como um momento de escolha pela não maternidade, como diz Scavone (2004):

“A decisão pelo aborto indica uma escolha, circunstancial ou definitiva, pela não-maternidade, escolha essa feita em um momento da vida da mulher, por motivos variados, e que nos remete ao significado subjetivo e social da maternidade (p.108)”.

A autora não comenta os casos de má-formação fetal incompatível com a vida extra-uterina, o que pode indicar uma situação particular no desejo pelo aborto nestes casos, pois o significado da maternidade para a mulher que opta em interromper a gravidez nestas situações pode continuar sendo o de responsabilidade em relação à procriação.

O que permanece semelhante é uma sensação de clandestinidade em relação à interrupção da gestação em ambos os casos. Mesmo existindo precedentes em relação à autorização da interrupção da gestação em casos, por exemplo, como de anencefalia, as mulheres continuam sendo condenadas social e moralmente.

Parte desta condenação tem forte influência da igreja católica, que segundo Benute (2005, p37):

“... continua vendo o aborto não só como um homicídio, mas ainda como pecado sexual...”

Comenta que para a Igreja, a união sexual tem como finalidade a procriação e o aborto revelaria o pecado de relações sexuais sem fins procriativos.

A mulher permanece com um papel secundário frente à questão reprodutiva, conquistando espaços de discussão em temas como a liberação do aborto, porém com uma forte imagem da mulher no espaço privado da casa e sendo a única a responder por decisões temáticas como a interrupção da gestação. O atual e o tradicional entram em conflito e movimentam a temática do aborto pelo olhar da Igreja e da sociedade.

Este papel secundário pode ter sua origem no mito da criação judaico-cristã na figura de Eva, que segundo Schmitt-Pantel (2003) apresenta toda uma percepção de submissão e inferioridade ao homem. Ela cita alguns argumentos retirados do Gênesis capítulo 2, que demonstram a diferenciação dos sexos segundo uma representação cristã: primeiro Deus criou o homem e depois a mulher, o que demonstra a

superioridade do primeiro; a mulher tem sua criação a partir das necessidades do homem; a mulher induz o homem a transgredir, é ela a responsável pelo mal e pela infelicidade e um dos últimos argumentos fala que o homem tem o direito de dominar a mulher.

A idéia difundida pelo Gênesis, ajudou no sexismo cristão e nos movimentos contrários ao feminismo. Hoje em dia, os movimentos de liberdade, dos direitos e também dos deveres defendidos pelas mulheres chocam esta visão tradicional em que a mulher não tem direitos de igualdade em relação ao homem. Um dos problemas que potencializaram a inferioridade e submissão feminina, foi a ênfase na imagem de Maria pelo cristianismo, que de certa forma é uma imagem de submissão, obediência e santidade. Por outro lado, a imagem de Eva remete ao pecado por experimentar o proibido, porém é uma imagem que mostra a inteligência pela desobediência, refletindo a vontade e a liberdade da ação e não a submissão.

A autora aponta ainda que um dos caminhos para tirar a mulher da posição de inferioridade é pela vontade política, como por exemplo, a educação. Neste ponto, é notório perceber que as mulheres que buscam as instituições de referência para a interrupção da gestação pertencem, em sua maioria, à população com baixas condições sócio-econômicas e com dificuldades de acesso à informação relacionada ao tema (ANDALRAFT, 2004).

Pedro (2003) relata que, já na Idade Média, foram instituídos papéis sociais bem definidos; a mulher era responsável pelo lar, pela família e maternidade, sendo o aborto

proibido, pois também servia para esconder o fruto de um relacionamento extraconjugal, abominado tanto pela Igreja quanto pela sociedade.

A educação para uma saúde sexual e reprodutiva encontra vários obstáculos que envolvem outros fatores de interesses da Igreja que, em algumas situações, se posiciona contra assuntos relacionados à saúde reprodutiva. Benute (2005, p.37) relata que:

“a Igreja atuou de forma a retardar os avanços da medicina a favor de minimizar o sofrimento e até propiciar melhores condições para o parto, que visa, inclusive, salvar a vida das mulheres.”

O raciocínio era o da vontade de Deus; se existia a dor neste momento, a mulher deveria passar por isso. Olhando pela questão de um pecado já existente, a mulher estava respondendo pelos erros de seus antepassados. Aparentemente, qualquer intenção de minimizar o sofrimento era entendido como uma atenuação do pecado original.

A vontade de Deus é soberana sobre a vontade dos homens, que recebem a vida e não têm direito de intervir em sua antecipação. Tessaro (2005) comenta que inicialmente a Igreja era contra o aborto nas situações que colocavam em risco a vida da mulher, adotando uma postura radical que perdura até os dias atuais. Hoje em dia, ela já permite o aborto necessário referido em lei, porém Benute (2005) aponta que até mesmo o aborto cuja finalidade é salvar a vida da mãe é visto como homicídio pela Igreja.

Não existe, no Brasil, um apoio declarado da igreja católica a qualquer tipo de prática do aborto, ou seja, independente da situação é um ato condenado, que pode ser minimizado quando é autorizado legalmente e quando incorpora outros valores, como nos casos de estupro, em que a integridade física e mental da mulher foi violada.

A complexidade da questão se reflete na formação de dois grupos que têm sua formação com influência da Igreja Católica, ambos no Brasil, o Movimento Pró-Vida, que tem como finalidade a defesa da vida humana da concepção até a morte natural e que, originalmente, é conhecido pelas campanhas anti-aborto, porém atualmente milita em outras áreas como eutanásia, pesquisas de células-tronco dentre outros. O outro grupo, intitulado Católicas pelo Direto de Decidir, luta pela descriminalização e pela legalização do aborto, visando ampliar e fortalecer os direitos das mulheres enfocando a cidadania, a saúde da mulher e a problemática do aborto como um assunto de saúde pública.

São grupos que refletem as correntes de pensamento a respeito da temática do aborto, e dentro desta, a questão da interrupção de gestação por feto com malformação fetal grave incompatível com a vida extra-uterina. Nestes casos, um dos termos utilizados é o “aborto seletivo”, em que a interrupção da gestação acontece devido a alguma anomalia fetal, como por exemplo a anencefalia. Diniz e Almeida (1998) escrevem sobre quatro grandes grupos de situações de aborto, buscando uma nomenclatura que se aproxime do discurso médico para evitar desta forma, o uso de conceitos relacionados ao aborto que tenham significado diferente do proposto. São eles: a Interrupção eugênica da gestação; a interrupção terapêutica da gestação; a

interrupção seletiva da gestação e a interrupção voluntária da gestação. Dos quatro grandes grupos destacamos o grupo dos casos de interrupção seletiva da gestação (ISG).

“São os casos de aborto ocorridos em nome de anomalias fetais, isto é, situações em que se interrompe a gestação pela constatação de lesões fetais. Em geral, os casos que justificam as solicitações de ISG são de patologias incompatíveis com a vida extra-uterina, sendo o exemplo clássico o da anencefalia”
(p. 126).

A interrupção seletiva pressupõe um diagnóstico anterior, escolha da mulher, confirmação médica da viabilidade do procedimento e autorização judicial para se interromper a gravidez. A escolha é um dos itens que diferenciam os tipos de aborto. Alguns autores falam da inadequação do uso das terminologias, supostamente com interesses em defender um ou outro ponto de vista (BARROS, 2003; SGRECCIA, 1996; DINIZ e ALMEIDA, 1998).

Quando o tema é a interrupção da gestação por uma anomalia fetal incompatível com a vida fora do útero, três conceitos de aborto são vistos na literatura: o aborto terapêutico, o aborto seletivo e o aborto eugênico.

O aborto terapêutico tem sua indicação nos casos em que a mãe corre risco de vida caso a gravidez tenha continuidade. Nestes casos, pode-se pensar que a morte tanto do bebê quanto da mãe são certos, caso a gravidez continue; a continuidade da gestação

poderia ter o objetivo de salvar o bebê, porém com a morte materna; ou, em último caso, o aborto seria indicado para salvaguardar a saúde da mãe (BARCHIFONTAINE e PESSINI, 2005; SGRECCIA, 1996).

O aborto terapêutico tem sua indicação quando a vida da gestante corre risco e a interrupção do processo gestacional é a única alternativa de tratamento; porém quando se fala em salvaguardar a saúde da mãe, abre-se também para a saúde tanto física quanto psicológica. Tanto o orgânico quanto o psíquico deveriam ser considerados quando se fala em saúde e bem-estar físico, psicológico e emocional. No Código Penal, no entanto, o aborto só não é punido se não houver outro meio de salvar a vida da gestante, sem qualquer citação de danos emocionais e psicológicos.

A denominação de aborto terapêutico segundo Sgreccia (1996) é inadequada, pois sugere a existência de uma doença que deva ser tratada, curada ou retirada do corpo sadio:

“...não se trata de agir sobre uma doença que se manifesta, mas o que se supõe é a eliminação do feto (sadio) para evitar o agravamento da saúde ou o perigo de vida da mãe (p.367)”.

O autor chega a sugerir a denominação de *“interrupção da gravidez diante do risco de vida ou da saúde da mãe”* (p.368), considerando que a questão semântica possa gerar dúvidas quanto à saúde do feto, levando a crer que seja o conceito o responsável por uma possível complicação da saúde materna.

Existem condições clínicas da mulher gestante que potencializam o risco de vida, como cardiopatia, doenças vasculares, doenças renais, dentre outras. A terapêutica utilizada seria então para combater a patologia e não o produto da gestação, e com os avanços da medicina e da assistência, as alternativas terapêuticas para tratar os diversos tipos de patologia na gestante se aperfeiçoaram, supostamente reduzindo a necessidade de se interromper a gestação.

Porém, esta posição de inadequação da nomenclatura de aborto terapêutico não é defendida por outros autores, que adotam esta terminologia por ser a mais adequada e próxima ao discurso médico.

Diniz e Almeida (1998) relatam que as duas terminologias “aborto terapêutico” e “aborto seletivo” são semelhantes em vários aspectos e são agregados como aborto terapêutico em países que permitem o procedimento. A diferença fundamental é que o primeiro está voltado para a saúde da mulher e o segundo está relacionado à saúde do feto.

As questões que geram maiores discussões relacionam-se ao aborto seletivo e o aborto eugênico. Barros (2003) conceitua o aborto eugênico como:

“doutrina de pretensões científicas que propugnava a melhoria da espécie humana através da seleção artificial de indivíduos considerados mais adequados. Esta seleção se daria ou pelo favorecimento à reprodução daqueles tidos como melhores, ou

pelo impedimento à reprodução dos tidos como insatisfatórios... o escopo abrangido pelo impedimento compreenderia tanto a esterilização quanto o aborto e, em casos extremos, até mesmo o infanticídio (p.2)''.

Este conceito não demonstra uma preocupação com a saúde de nenhuma das duas partes da díade, mãe e feto. A indicação é baseada em uma suposta possibilidade de melhoria da espécie humana com a eleição dos indesejáveis, utilizando-se para isso interesses políticos e que podem ir contra a vontade da mãe, ou seja, a autonomia reprodutiva não é considerada em um aborto eugênico.

A busca de uma nomenclatura que minimize o impacto da palavra aborto, tenta mudar o foco de uma situação já estigmatizada, em que existe um conceito pré-definido ligado à ilegalidade, a um ato criminoso. Chamar de interrupção seletiva da gestação, tenta mostrar que é uma situação especial, que atende a alguns critérios, e desta forma a gestação será interrompida, existindo uma seletividade e não uma generalização para se interromper a gestação, porém o ato em si é um abortamento, e esta temática envolve questões polêmicas como o início da vida e a autonomia de interromper o desenvolvimento de um feto, considerando que o mesmo é portador de uma patologia que inviabiliza a vida fora do útero. A complexidade de um feto com doença fatal exige novas formas de avaliação e contextualização, considerando também a saúde mental da mulher frente ao processo de luto desencadeado com o diagnóstico ainda no pré-natal. O

abortamento seria então uma consequência de uma avaliação maior, do processo gestacional da mulher.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Legislação Brasileira

No que se refere à legislação brasileira, não existe regulamentação específica para analisar os casos de interrupção de gestação por malformação fetal incompatível com a vida, incluindo-se a anencefalia.

O Código Penal (BRASIL, 1997) tem uma leitura punitiva da situação, enquadrando os casos de anencefalia como aborto provocado, sendo considerado um crime com punição prevista com detenção de um a nove meses. Uma leitura dos artigos referentes ao tema mostra o seguinte panorama:

O artigo 124 pune o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento; no caso de provocado por terceiro, a punição está no art. 125, e se for com o consentimento da gestante, refere-se ao art. 126. No caso do aborto ser seguido de lesões graves ou morte da gestante, o Código prevê formas qualificadas (art. 127).

No entanto, no artigo 128, o Código insere os casos em que não se caracterizam como passíveis de punição, sendo estes praticados por médicos e obedecendo aos seguintes tópicos:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

No entanto, com o Anteprojeto de lei a partir de 1990, encarregado de reformas no Código Penal, buscou-se ampliar a chamada exclusão de ilicitude do art. 128, acrescentando:

Não constitui crime o aborto praticado por médico, se:

I – não há outro meio de salvar a vida ou preservar a saúde da gestante;

II – a gravidez resulta de violação da liberdade sexual ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida;

III – há fundada probabilidade, atestada por dois outros médicos, de o nascituro apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais.

§ 1º Nos casos dos incisos II e III, e da segunda parte do inciso I, o aborto deve ser precedido de consentimento da gestante, ou quando menor, incapaz ou impossibilitada de consentir, de seu representante legal, do cônjuge ou de seu companheiro;

§ 2º. No caso do inciso III, o aborto depende, também, da não oposição justificada do cônjuge ou companheiro.

Algumas questões relacionadas a reformulações do artigo 128, como a interrupção da gestação nos casos em que se utilizam técnicas de reprodução assistida sem o consentimento da mulher, demonstram a necessidade de atualização do Código frente aos avanços tecnológicos e de diagnóstico que a medicina alcançou.

O direito penal trabalha com a tese de exigibilidade de conduta diversa que tem a finalidade de afastar a culpabilidade sobre a ilicitude do fato. Considerando que a pessoa tenha conhecimento de que está cometendo um ato ilícito, porém encontra-se em uma situação extrema em que se torna desaconselhável uma punição penal, como no caso da mãe gestante de um feto anencéfalo (COUTINHO, 2004).

Os diagnósticos de anomalias fetais por ultra-som tiveram seu início por volta de 1979, ou seja, 39 anos depois do Decreto Lei nº 2.848 de 1940 do Código Penal, que regimenta a punibilidade nas situações de aborto, justificando a criação de um anteprojeto de lei, pela comunidade médica por volta de 1990, acrescentando o inciso III, retirando a punibilidade nos casos de anomalias fetais irreversíveis (FRIGÉRIO, 2001 e SETÚBAL, 2003). Porém, as interrupções das gestações continuam sendo realizadas somente após expedido o alvará judicial de autorização.

Em outros países cuja legislação já contempla questões relacionadas à legalidade da interrupção da gravidez, Tessaro (2005) aponta os procedimentos realizados por alguns deles. Na Alemanha, a decisão da mãe é acompanhada por um médico e por um psicólogo, e o motivo pode ser tanto por má formação do feto como por dano à saúde física e psicológica da mulher. O interessante é que as alemãs acabam procurando outros países para a interrupção da gestação. O que a autora comenta é que existem motivos sócio-psicológicos que fazem com que alguns hospitais não realizem o procedimento, não relatando quais seriam estes motivos.

Observa-se também há prazos estabelecidos em alguns países. Na Espanha, quando se tem o diagnóstico de alguma anomalia fetal grave, o prazo estipulado é que a interrupção aconteça até a 22ª semana de gestação. Na França, após a definição, o prazo é de no máximo 6 meses. Já em Portugal, quando o diagnóstico revela que a vida do feto é inviável fora do útero, não existe um prazo e a interrupção pode ser feita a qualquer momento.

Não existe uma padronização de quando deve ser realizada a interrupção, cada país adota modelos próprios, o que é comum refere-se ao direito de escolha da mulher e a adaptação da legislação frente aos avanços da medicina, considerando questões médicas, sociais e psicológicas. Em vários países a indicação de acompanhamento psicológico é realizada, como por exemplo, na Itália, em que menores de 18 anos que interrompem a gravidez com o consentimento dos pais recebem acompanhamento psicológico ou na Alemanha, que submete as mulheres que interrompem a gestação a acompanhamento psicológico. A questão não é tratada apenas no âmbito clínico da interrupção da gestação, mas demonstra uma visão mais complexa de cuidado com a saúde da mulher, tanto física quanto psicológica.

O primeiro alvará judicial solicitando a interrupção de uma gestação de feto anencéfalo em São Paulo foi em 1993 (GOLLOP, 2004). Porém, em 1989 o Estado de Rondônia já havia concedido tal liminar. A questão envolvida na primeira solicitação em São Paulo era a influência que poderia provocar no caso de ser negada, comprometendo futuras solicitações em âmbito nacional. O pedido foi aceito contribuindo para outras solicitações posteriores, como aponta Frigério (2001) em

pesquisa visando rastrear as informações relacionadas aos processos e embasamentos jurídicos, após liberação pelos juízes e promotores para a interrupção da gestação.

A tabela seguinte mostra o levantamento dos alvarás por estado, distribuídos pelo ano de expedição:

ESTADO	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Amazonas						1						1
Bahia											1	1
Ceará						1	3					4
Distrito Federal										2	1	3
Mato Grosso			1									1
Minas Gerais						2		2				4
Paraná				1		1		2				4
Pernambuco									1	1		2
Rio de Janeiro						1		5	7	2		15
Rio Grande do Sul						1				2		3
Rondônia	1											1
São Paulo					3	19	44	64	32	41	19	222

Santa Catarina										2		2
TOTAL	1	0	1	1	3	26	47	73	40	50	21	263

Fonte: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal; vol.07; abril, 2001.

As liminares favoráveis à interrupção das gestações foram acontecendo em todo o território nacional, porém sem uma política que regulamentasse a ação, os números oscilaram, chegando mesmo a decrescer a partir de 1997 no estado de São Paulo. Se a liberação judicial demorasse, alguns serviços de medicina fetal desaconselhavam a interrupção de uma gestação acima de 24 semanas. O que aconteceu provavelmente demonstrou que os setores envolvidos procuraram criar suas próprias normas em relação à interrupção da gestação de fetos inviáveis à vida extra-uterina. O código penal de Portugal é um exemplo da uniformidade da ação com respaldo jurídico, normatizando a ação pela lei, demonstrando inclusive uma postura direta frente ao tema da eugenia, como se pode ver no art. 142-1,c referente à interrupção da gravidez quando “houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congênita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovadas ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis*, *excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo tempo*” (FRANCO, 2005).

Desta forma se minimizam dúvidas quanto ao tempo para se interromper a gestação, ou mesmo se é legal e permitida a interrupção, aproximando os serviços de uma conduta uniforme e bem definida. Quando isso não acontece, a tendência é a busca de uma proteção pelo departamento jurídico e do próprio corpo clínico da instituição frente à carência de um regimento legal e atual que contemple os avanços da medicina e suas conseqüências no campo assistencial, quando se trata de diagnósticos de fetos inviáveis a vida extra-uterina, como é o caso da anencefalia.

A instabilidade frente às atuais necessidades e avanços da medicina contra uma legislação que não se atualizou na mesma velocidade acabou por proporcionar uma subcomissão responsável por analisar os crimes contra a vida, inserida na Comissão para Reformulação do Código Penal. Uma alteração sugerida e redigida pelo Conselho Federal de Medicina buscava mudar especificamente o artigo 128, acrescentando outra exclusão de antijuricidade propondo o seguinte:

“Não constitui crime o aborto praticado por médico: Se se comprova, através de diagnóstico pré-natal, que o nascituro venha a nascer com graves e irreversíveis malformações físicas ou psíquicas, desde que a interrupção da gravidez ocorra até a vigésima semana de gravidez e seja precedida do parecer de dois médicos diversos daquele que, ou sob cuja direção, o aborto é praticado” (FAZOLLI, 2004).

Porém, nenhuma mudança foi realizada. Diniz (2005) comenta que o tema da interrupção da gestação está sendo debatido em três instâncias. A primeira refere-se ao Poder Legislativo em que o tema de malformações graves já teve representação desde 1972 com projetos de lei, que em sua maioria tinha como objetivo regulamentar o direito à interrupção da gestação. O artigo aponta para um total de 12 projetos de lei até o ano de 2004, sendo que os mais recentes têm como objetivo regularizar a interrupção das gestações de fetos anencéfalos. O segundo espaço de debate é o Ministério da Justiça e o Ministério Público, que autorizaram os primeiros casos de anencefalia. Rondônia foi o primeiro estado a ter uma autorização em 1989, já em 1997 o Ministério Público do Distrito Federal instituiu um programa de atenção às mulheres grávidas de fetos com má-formação fetal incompatível com a vida extra-uterina, que tinham a possibilidade de interromper a gestação em até 24 horas após a autorização emitida por profissionais do programa.

O terceiro e último cenário foi o Supremo Tribunal Federal (STF), com um processo apresentado pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde que tinha como objetivo mais uma vez assegurar e garantir o direito à interrupção da gestação de fetos anencéfalos e proteger os profissionais de saúde envolvidos no processo. Em 1º de julho de 2004, o Ministro Marco Aurélio concede a liminar autorizando a interrupção, porém em 20 de outubro do mesmo ano o STF anula a resolução e as interrupções voltam a acontecer mediante um alvará judicial de autorização.

DEFINIÇÃO DE ANENCEFALIA

DEFINIÇÃO DE ANENCEFALIA

A má-formação fetal pode ou não ser letal para o feto. Esta letalidade pode ocorrer durante a gestação ou logo após o nascimento. A diferenciação das duas situações é importante para não se confundirem os dois conceitos. Existem malformações fetais que, dependendo de sua gravidade, podem não colocar em risco a vida do feto, sendo passíveis de tratamento, tanto cirúrgico quanto clínico. A questão nestes casos são as prováveis limitações e a qualidade de vida. A fenda lábio-palatina e a síndrome de Down são anomalias congênitas não letais, por exemplo.

Por outro lado, existem situações em que o feto apresenta má-formação associada a outras anomalias que torna a vida do feto inviável, e a morte acaba acontecendo durante a gestação ou após o parto. Alguns diagnósticos de malformações fetais incompatíveis com a sobrevivência do feto são a anencefalia, patologia renal, gemelidade incompleta, displasia esquelética, dentre outras (SETÚBAL et. al, 2003).

No que se refere à anencefalia, esta malformação se caracteriza por um defeito de fechamento do tubo neural durante o desenvolvimento fetal, na 3ª e 4ª semanas gestacionais. O feto não desenvolve a calota craniana e o telencéfalo, ou seja, o feto não tem cérebro. O tecido cerebral restante não é coberto pela pele ou ossos, ficando exposto. Das gestações que são levadas a termo, aproximadamente 75% dos bebês anencéfalos são natimortos e o restante morre no período neonatal (VOLPE, 2000). Nos nascimentos em que ocorrem ações terapêuticas em unidades intensivas neonatais, os bebês morrem aproximadamente uma semana após a extubação, caso contrário, os

bebês podem morrer após algumas horas ou dias (NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE, NINDS, 2005; SPARA, 2005, VOLPE, 2000).

Em estudo realizado para se avaliar o tempo de sobrevivência de um bebê nascido com anencefalia sem intervenção de uma unidade neonatal, Baird (1984) reportou os seguintes dados: 40% da população pesquisada (n = 181) sobreviveu por 24h, 15 % por 48h e 2% sobreviveu até sete dias. Quando existiu a intervenção com ventilação mecânica em uma unidade intensiva, Peabody (1989) encontrou uma situação diferente em que 5 de 6 crianças com anencefalia que participaram da pesquisa sobreviveram entubadas até 7 dias. Após a extubação, no 8º dia dois bebês morreram, um ficou vivo por 16 dias, outro por três semanas e o último por 2 meses.

Os defeitos do fechamento do tubo neural têm uma etiologia complexa e de difícil compreensão. Em pesquisa epidemiológica dos defeitos do tubo neural, Frey e Hauser (2003) apontam para questões genéticas e ambientais como fatores que podem contribuir para o aparecimento da má-formação. Relatam que o número de casos tem diminuído, porém os avanços dos diagnósticos no pré-natal e as interrupções de gestação têm interferido no número de casos registrados no nascimento, mascarando os dados. Os autores relatam que as mulheres que já tiveram uma gestação com esta malformação estão no grupo de alto risco para uma segunda ocorrência, em relação àquelas que nunca tiveram o problema, e que a utilização de ácido fólico tem efeito protetor para as gestantes fora do grupo de risco.

Em artigo publicado no portal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Andalaft (2006) relata que o ácido fólico é uma eficaz forma de prevenção de malformações do tubo neural, corroborando com o relato da pesquisa anterior, porém comenta que no Brasil os casos estão aumentando. Uma das explicações é pelo fato da não autorização de interrupção de gestação de fetos anencéfalos no Brasil, diferente de outros países, que interrompem a gestação antes do nascimento nos casos de malformações incompatíveis com a vida extra uterina como a anencefalia.

Medeiros (2004) apresenta duas possíveis explicações. A primeira seria a maior incidência de casos de anencefalia no Brasil do que em outros países. A justificativa para esta questão estaria relacionada a uma carência nutricional de vitaminas do complexo B, porém países como a Bolívia e o Equador apresentam taxas de nascimentos de anencéfalos menores do que o Brasil. A outra hipótese considera que a incidência é semelhante, e que o diferencial é que em alguns países a gestação é levada a termo e, em outros, as mulheres podem optar por interromper a gravidez.

Em pesquisa realizada em Pelotas-RS, Fernández et. al (2005) também apontaram a utilização do ácido fólico como um agente preventivo da anencefalia, e identificaram alguns fatores epidemiológicos como a maior incidência desta malformação no sexo feminino; quanto à sazonalidade, as maiores taxas foram encontradas no outono e primavera, observou a história familiar de anencefalia em 50% dos casos, com um risco de 10% de recorrência em gestações subseqüentes a um feto com anencefalia. E um aumento da probabilidade quando há registro de qualquer má-formação congênita na família.

Para a mulher gestante com o diagnóstico de anencefalia fetal, existem riscos como os comentados por Gollop (2004):

“Uma gestação de feto com anencefalia acarreta riscos de morte à mulher grávida... há pelo menos 50% de possibilidade de polidrâmnio, ou seja, excesso de líquido amniótico que causa maior distensão do útero, possibilidade de atonia no pós-parto, hemorragia, no esvaziamento do excesso de líquido, a possibilidade de descolamento prematuro de placenta, que é um acidente obstétrico de relativa gravidade” (p.27).

Já a morbidade relacionada à interrupção da gestação envolve uma analgesia adequada, cuidado para evitar possíveis traumas no útero, preservando a fertilidade e prevenindo futuras complicações obstétricas. Dommergues (2003) comenta que, de acordo com estudo retrospectivo, a incidência de complicações associadas às interrupções de gestação no segundo e terceiro trimestre é baixa. No primeiro trimestre, a incidência de hemorragia e perfuração uterina está abaixo de 1%.

Existe a morbidade materna tanto para a interrupção da gestação quanto para sua continuidade, o que indica a necessidade de acompanhamento nos casos de qualquer anomalia do feto. Este acompanhamento supostamente deveria ser uma seqüência do

pré-natal, porém ainda existe uma parcela da população que não o faz, ou deixa para fazer no fim da gestação.

Este período de desenvolvimento intra-uterino tem sido cada vez mais explorado e conhecido com os avanços da medicina. A ultra-sonografia é um exemplo deste aperfeiçoamento e, de certa forma, estabeleceu um novo paradoxo, pois foi com este procedimento que alguns diagnósticos de anomalia fetal foram e são realizados, junto com outros exames como a amniocentese e a cordocentese (SETÚBAL, 2003).

O paradoxo era caracterizado pelo diagnóstico de uma má-formação no feto e a dificuldade em oferecer opções de minimizar o sofrimento para todos os casos. Frigério relata:

“se, para muitos, as convicções religiosas ou pessoais amparam o sofrimento e os complexos fenômenos psicológicos associados à gestação de um feto sem perspectivas, para outros apenas a eliminação concreta da causa do sofrimento pode abrir o caminho de uma recuperação” (FRIGÉRIO, et al., p.2, 2001).

Em casos como o de uma gestação de um feto com anencefalia, em que não existe uma intervenção terapêutica que possa reverter a condição clínica do feto, as opções ficam em interromper ou não a gestação a partir do desejo da gestante. As

possibilidades de uma intervenção baseada nas necessidades da mãe, são ações preventivas tanto nas questões clínicas quanto psicológicas.

A ultrasonografia é um poderoso instrumento diagnóstico. Em pesquisa realizada na Europa, Garne et. al. (2001) avaliaram a frequência de detecção pré-natal de malformações congênitas graves, a idade gestacional e a variação regional de detecção. Foram selecionados 11 tipos de malformações, dentre elas a anencefalia. A idade gestacional de diagnóstico da malformação foi conhecida em 98% dos casos, e das 17 regiões pesquisadas, mais da metade dos casos foi diagnosticado antes de 24 semanas, ou seja, no segundo trimestre. Andalaft (2006) aponta que o diagnóstico pode ser realizado a partir da 12ª semana, o que contempla todo o período do segundo trimestre.

O diagnóstico de anencefalia, assim como de outras patologias do feto, está cada vez mais claro dentro do repertório de exames realizados no pré-natal. A informação deste diagnóstico vem seguida de uma série de orientações e até mesmo de escolha para o casal, entre continuar ou não o processo gestacional, se esta for uma das possibilidades, e é um importante momento em que o casal pode receber apoio e orientação desde o momento da ultra-sonografia, até chegar no obstetra. Equipes preparadas podem conduzir estes casos minimizando falsos conceitos e fantasias a respeito do diagnóstico.

O PROCESSO DE LUTO

O PROCESSO DE LUTO

A morte pode ser considerada uma inimiga a ser combatida e muitas vezes é difícil se preparar para lidar com a situação de perda de um ente querido. O luto é uma reação a esta perda, e apesar de todos em algum momento perderem pessoas amadas o processo do luto não é um acontecimento comum na vida da maioria das pessoas (PARKES, 1998).

O luto, como aponta Archer (2001), é uma reação universal do ser humano, e que pode e deve ser entendida considerando-se diferenças culturais relacionadas a alguns fatores, segundo aponta Rosenblat (2001), tais como:

- Entendimento do que foi perdido com a morte;
- Rituais;
- Construções culturais dos sobreviventes referente ao seu relacionamento com o morto;
- Construções culturais sobre o processo do luto que não segue o que é esperado naquela população.

O luto é um evento que sofre influencia de vários fatores como a cultura, a estrutura de personalidade de quem perdeu, o tipo do vínculo estabelecido com o falecido, o tipo de morte, ou seja, tem uma complexidade que vai além de uma reação imediata de choque e torpor de quem fica, no momento da morte da pessoa amada. Muitas vezes não fica claro o que a pessoa realmente perdeu. A perda de um pai pode

significar a perda de um amigo, de alguém que dava segurança para a família e todas as representações que se espera da figura paterna.

O medo de ser abandonado, a saudade da figura perdida e até mesmo a raiva por não reencontrá-la são reações intensas que o enlutado vivencia e que têm uma leitura teórica baseada na Teoria do Apego.

Segundo Bowlby (2004) esta teoria define uma tendência dos seres humanos em estabelecer laços afetivos com outras pessoas, e ajudam a entender a intensa reação emocional nos momentos em que esses laços são rompidos de forma involuntária. Em um desenvolvimento sadio o comportamento de apego que visa aproximar e manter uma pessoa preferida próxima, desenvolve inicialmente laços afetivos da criança com seus genitores e posteriormente de adultos com outros adultos e é uma situação que permanece ativa por todo o ciclo vital.

Em situações em que existe a ameaça de rompimento dos laços afetivos observa-se que a ansiedade e a perda dão lugar a tristeza e muitas vezes pode provocar reações comportamentais de raiva, visto que a ameaça de se ver rompido um laço afetivo provoca uma reação em quem se sente ameaçado, de preservar este laço, e quanto maior o risco mais intensas e mais variadas serão as reações para impedir este rompimento. O choro e até mesmo comportamentos agressivos mobilizados pela raiva são reações que podem acontecer nestes momentos.

O processo de luto engloba o momento em que a pessoa viveu a experiência de ter um laço afetivo rompido involuntariamente e todo o processo que se segue até o

restabelecimento da função da capacidade de estabelecer, manter e renovar relações afetivas, ou o não restabelecimento total da função que pode ficar enfraquecida.

Worden (1998) relata que após uma perda a pessoa tem a necessidade de realizar certas tarefas do luto para poder restabelecer o equilíbrio. São quatro as tarefas:

- 1 – Aceitar a realidade da perda
- 2 – Elaborar a dor da perda
- 3 – Ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu
- 4 – Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida.

A primeira etapa envolve enfrentar a realidade de que a pessoa está morta e não voltará mais, este processo requer que a pessoa também possa enfrentar a dor sentida pela perda e ausência do falecido, que pode ser uma dor física e emocional. A terceira tarefa refere-se a retomada da rotina sem a pessoa que faleceu, ajustando-se a uma nova dinâmica com novos papéis. A última tarefa considera que o enlutado deve encontrar um outro lugar para se relacionar com a pessoa falecida em sua vida emocional.

A finalização do processo segundo Franco (2002) pode ser entendida como um momento de reconciliação em que a pessoa integra a nova realidade, considerando a ausência de quem morreu por um meio da vivência e possibilidade de crescimento durante o processo de luto.

“A reconciliação permitirá que o enlutado tenha um senso de confiança e energia renovado, uma habilidade para reconhecer

totalmente a realidade da morte, e a capacidade de se tornar envolvido novamente. O mais importante: o enlutado poderá reconhecer que, embora difícil, a dor e o pesar são partes necessárias do viver” (p.27).

A vivência do enlutado ao perder uma pessoa amada o levará a uma nova percepção das relações que dependiam ou sofriam influência da pessoa morta e que a construção de novos papéis e novos arranjos relacionais vão acontecer e que o sofrimento emocional é uma característica inerente a esta transformação.

O processo de luto não pode ser entendido como um modelo universal rígido, para se enquadrar o enlutado, independente da sua perda. Mas sim como um processo maleável que pode ser entendido por seus determinantes como sugere Worden (1998): Quem era a pessoa que faleceu; a natureza da ligação; tipo da morte; antecedentes históricos; variáveis da personalidade; variáveis sociais e stress.

Existem situações em que a morte acontece obedecendo a parâmetros culturais aceitáveis na sociedade, e existem outras que são consideradas como condições especiais de luto. Quando a morte denuncia a falta de controle, o imprevisível, o que não é esperado, como por exemplo no suicídio, em acidentes ou no aborto, configura-se um evento exclusivo. Torna-se então necessário uma análise da representação do tipo de morte e seu impacto em um determinado indivíduo e suas normas sociais. Os tipos especiais de perda exigem uma adequação das intervenções, observando os padrões especiais e problemas inerentes a estas situações.

A interrupção da gestação por uma anomalia fetal pode ser considerada como um tipo especial de perda que se encaixaria no grupo das perdas perinatais.

O LUTO NÃO RECONHECIDO E A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

O luto pode ser considerado como um conjunto de reações frente a uma perda significativa, enquanto que o enlutamento refere-se ao processo de adaptação a essa perda. Nos casos especiais em que pais estão enlutados devido à perda de uma gestação, existe pouca ou nenhuma oportunidade de expressão pública para facilitar o processo de luto, ou seja, pouca chance de dividir abertamente o pesar da perda.

Para a grande maioria dos pais que vivencia uma perda perinatal, o luto é um momento de dor física e emocional, que aparece quando existe o rompimento de um vínculo. A manifestação desta dor pode variar de pessoa para pessoa e os fatores determinantes desta variação estão ligados à situação da morte, aos recursos de enfrentamento dos pais e ao apoio familiar e social. A frustração e tristeza atingem intensamente os pais, especialmente quando os planos e sonhos com a nova família são inesperadamente dissolvidos. Não somente a criança esperada se foi, como também os sonhos dos pais para aquele bebê, suas expectativas, a percepção da família e suas mudanças, incluindo os irmãos e suas percepções sobre o ocorrido.

O que acontece no processo gestacional nos casos de fetos anencéfalos é a quebra da continuidade esperada e desejada. Esta descontinuidade é cercada pela ambivalência, pois o bebê está vivo no útero, apresenta movimentos fetais, no entanto não tem condição de sobreviver fora do útero, além da possibilidade da morte ainda no período intra-uterino (ANIS, 2004; DINIZ, 2003).

O diagnóstico fetal que revela uma patologia, uma malformação no feto que se desenvolve, provoca nos pais sentimentos diversos. As mulheres podem apresentar fortes sentimentos de culpa, medo e tristeza e pouca esperança, com postura mais realista sobre o futuro. Os pais vivenciam emoções de raiva e ansiedade, buscando dar suporte às esposas (LEUTHNER, 2003).

A perda nestas situações está relacionada a processos complexos de formação e rompimento de vínculo em um curto período de tempo. A construção no imaginário dos pais deste bebê que vai nascer começa a ser construída no momento da descoberta da gravidez. Tanto a mãe como o pai imaginam como deve ser o bebê. A perda, então, se processa tanto para o bebê imaginário quanto para o bebê real (KLAUS, KENNEL e KLAUS 2000; CAMAROTTI, 2000).

Nos casos de fetos com anencefalia, a mulher é submetida a diversos fatores de risco para luto complicado. A perda perinatal seria um dos primeiros fatores, intensificando a ambivalência pela gestação um feto que não vai sobreviver ao nascer. Conseqüentemente, o luto não reconhecido seria outro fator. Este tipo de luto não é validado socialmente, pelo fato da perda ter acontecido no período gestacional, ou logo após o nascimento, como se a mãe não tivesse tempo para se vincular com o bebê e, desta forma, sofresse menos. O não reconhecimento propicia uma resolução mágica e simplista de que a mulher pode ter outros filhos, não sendo validada a dor daquela perda.

Esse tipo de perda não é considerado socialmente como significativo, pois há uma tendência a ser minimizada e não validada por um conjunto de normas existentes em qualquer sociedade, que estabelece formas de expressar sentimentos de luto e pesar, quando não existe um corpo de uma pessoa íntima e próxima para se caracterizar o rompimento do vínculo (CASELLATO, 2005; DOKA; 1989).

Esses fatores são variáveis a serem consideradas no processo de elaboração do luto de mulheres que, durante a gravidez, recebem o diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida, no caso desta pesquisa, a anencefalia.

O processo de luto se inicia no momento diagnóstico. Podendo se configurar como uma situação de choque e trauma para a mãe. Em países onde existe uma legislação que permite a interrupção da gestação nos casos de anomalia fetal incompatível com a vida, a mulher pode decidir pela interrupção ou continuidade da gestação.

Um dos questionamentos que motivou os pesquisadores foi o de saber se existia diferença na resposta psicológica entre mulheres que interrompiam a gestação por anomalia fetal, de outras que sofriam uma perda perinatal ou aborto espontâneo (SALVESEN et al., 1997; ZEANAH, 1993).

A discussão não focalizava a legalidade do ato, mas as possíveis diferenças psicológicas existentes, buscando avaliar repercussões emocionais que mostrassem determinantes características de cada processo. Porém, não foram encontradas diferenças nas duas situações, mesmo se investigando respostas do enlutado com uma

escala específica de luto perinatal (Perinatal grief scale), os resultados foram semelhantes entre os dois grupos (ZEANA, 1993).

O processo de luto é reforçado pela vivência relatada de rompimento e interrupção do ciclo gravídico, por mulheres que interromperam a gestação em pesquisa realizada nos Estados Unidos (BRYAN, 1997). A mulher tem então que lidar com a frustração e a perda de sonhos e esperanças voltadas ao filho, movimento esperado em todo processo gestacional, para enfrentar a perda iminente.

Mesmo sendo uma situação em que a interrupção da gestação soma elementos novos ao processo de perda perinatal, em que a mãe tem participação ativa na antecipação do parto, as reações frente à perda são semelhantes às vivenciadas por mulheres com perda espontânea ou perinatal.

Em trabalho realizado para se observar o bem estar psicológico de mulheres que se submeteram à interrupção da gestação por anomalia fetal, Korenromp et al. (2005) observaram em seus resultados que as mulheres têm uma boa adaptação ao processo de luto de forma geral, porém respostas de stress pós traumático foi observado em algumas delas. Os autores destacaram alguns fatores de risco, como baixa escolaridade e falta de suporte do parceiro, como fatores que podem deixar a mulher mais vulnerável. A intensidade da resposta ao processo de luto foi maior conforme maior a idade gestacional, e a morbidade psicológica foi reduzida nas interrupções anteriores à 14^a semana gestacional. Nos casos em que existia dúvida quanto à viabilidade fetal fora do útero, as interrupções eram seguidas de intensas manifestações de pesar e luto. Quanto mais rápido o processo de diagnóstico e interrupção da gestação nas mulheres que

optaram por esta conduta, melhor a resposta emocional após a interrupção. No Brasil, um dos problemas de intensificação da resposta do luto pode estar relacionado ao processo de autorização judicial para se efetuar o procedimento nos casos de patologias fetais incompatíveis com a vida fora do útero, como é o caso da anencefalia. Mesmo que se tenha o diagnóstico no final do primeiro trimestre, a interrupção, se for de desejo da gestante, não acontece imediatamente por meios legais. Alguns fatores podem contribuir na rapidez com que se consiga a autorização. O tempo médio de julgamento no Fórum gira em torno de 17 dias (FRIGÉRIO, 2001); caso a gestante esteja ou seja encaminhada a um serviço de referência de aborto legal em sua cidade, ela pode receber as orientações necessárias e diminuir o tempo entre o diagnóstico e a interrupção da gestação. Os outros fatores são também determinantes, como o apoio da família e do companheiro, questões culturais e religiosas interferem tanto na decisão quanto na agilidade em recorrer à justiça para autorizar o término da gravidez.

Nos países em que a legislação não autoriza a interrupção, as chances de serem observadas reações adversas e diferentes podem ser significativas, se comparadas aos países em que a discussão já atingiu novos focos de interesse.

Um desses focos de interesse refere-se a disfunções sexuais em mulheres que realizaram uma interrupção de gestação (BIANCHI-DEMICHELI et al., 2002). Os achados mostraram que existem alterações, como diminuição do desejo sexual e frigidez, que estão associadas a sentimentos de ansiedade e depressão após a interrupção da gestação. Um dos fatores que auxilia na resolução da problemática é a qualidade do

relacionamento com o parceiro, que pode ajudar a fortalecer os recursos de enfrentamento no caso de disfunções sexuais após a interrupção da gestação

Porém, para se chegar a pesquisas que estudam, por exemplo a questão da sexualidade após uma interrupção de gestação, é necessário que outras questões estejam mais bem definidas, abrindo espaço à reflexão de questões mais amplas, como o luto existente e programas de acompanhamento a esta população.

Programas com esta característica já existem (HARRIS, 2004). Em gestações de risco, ou mesmo em situações em que é feito um diagnóstico de anomalia fetal incompatível com a vida extra-uterina, as gestantes recebem atendimento psicossocial. Sentimentos de culpa, vergonha e isolamento, são percebidos e podem ser trabalhados. Este aconselhamento acontece antes e depois da interrupção da gestação. As gestantes com maior risco emocional são identificadas e encaminhadas para dar continuidade aos atendimentos, buscando fortalecer os recursos de enfrentamento.

Esta postura de atenção à saúde emocional da mulher que passa por uma experiência traumática de perder o filho ainda no útero, atua diretamente no luto não reconhecido. As perdas perinatais costumam não ter um apoio social adequado e suportivo do pesar. Frases do tipo “não fique triste, logo você engravida novamente” são exemplos do não reconhecimento da perda. A mãe sente-se sozinha na dor e não consegue compartilhar o sofrimento, pois o objeto perdido não é reconhecido socialmente.

No entanto, um programa de assistência às mulheres que passaram por este processo de interrupção da gestação, auxilia na elaboração da perda, atuando justamente no seu reconhecimento e validação, facilitando a expressão dos sentimentos e tirando o indivíduo de um processo estagnado de luto, buscando minimizar a instalação de um luto complicado.

Trabalhos que focalizam especificamente o processo de elaboração do luto não foram encontrados nas bases de dados Dedalus, Scielo e Periódicos Capes. No entanto dois trabalhos que buscam identificar os aspectos emocionais envolvidos na interrupção de gestação por malformação fetal letal (BENUTE, 2005; SETÚBAL, 2003), impulsionam para o interesse dos processos emocionais envolvidos em nossa realidade.

O processo de luto já estudado em outros países (ZEANAH, 1993; SCHUTT, 2001; GEERINCK-VERCAMMEN, 2003; LORENZEN, 1995) no que se refere à interrupção de gestação por malformação fetal letal, trata da questão com uma legislação já adaptada e atualizada. No Brasil, existe a necessidade de maior investimento com objetivo de compreender os determinantes do processo de luto dentro de uma realidade com variáveis que propiciam, por exemplo a culpa, pela forte influência cristã e pelo fato de ser um ato ilegal, necessitando de uma autorização do juiz para ser realizado.

OBJETIVO

OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo analisar e compreender determinantes do processo de luto relacionado à interrupção da gestação por feto anencéfalo.

MÉTODO

MÉTODO

9.1 - A Pesquisa

A presente pesquisa é um estudo qualitativo, na medida em que busca compreender a experiência vivida pela perspectiva dos participantes, incorporando a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Relaciona o advento e a transformação como construções humanas significativas. (MINAYO,1992; LUDKE, 1986; TRIVIÑOS 1995).

Em um estudo qualitativo, o pesquisador busca as significações que o indivíduo atribui a um fenômeno que lhe diz respeito e, como ele, descreve o que são aqueles significados. Proporciona ao investigador pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana, buscando entender e explicar o resultado da atividade humana, que se configura nas relações sociais estabelecidas.

A pesquisa qualitativa é caracterizada pela fonte direta de dados ser o ambiente natural e o pesquisador, um instrumento fundamental na observação do fenômeno; pelo caráter descritivo; pela importância dada ao significado que o sujeito dá aos fenômenos de sua vida; por ter um enfoque intuitivo; e, finalmente, pelo enfoque no processo e não somente nos resultados e no produto (TRIVIÑOS, 1995; TURATO, 2005).

9.2 – Local

A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Sabóya, conhecido como Hospital Jabaquara, em São Paulo, SP. O hospital oferece o serviço de aborto legal que, de certa forma, mudou o perfil de atendimento, que era referência para politraumatismos. Na cidade de São Paulo, é também referência para atender casos de anencefalia.

9.3 - Participante

A participante foi uma mulher de 39 anos, católica, primigesta, que se submeteu à interrupção da gestação de feto anencefálico, mediante autorização judicial. A entrevista aconteceu após um 1 mês e 17 dias após a interrupção. Durante a internação recebeu atendimento tanto da psicologia quanto do serviço social.

O acesso à participante deu-se a partir da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, parecer nº 366/2006/CEP/SMS.

O procedimento para coleta de dados teve início com a escolha da participante a partir de um levantamento no banco de dados, realizado pela assistente social e a psicóloga do referido hospital, das mulheres que haviam sido submetidas à interrupção da gestação.

Foi solicitada a autorização da participante por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1) e autorização para gravação.

9.4 - Instrumento

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semi-diretiva com pré-estruturação mínima a partir de um roteiro, que possibilitou fluência, espontaneidade e organização no depoimento, de acordo com a característica da participante e garantiu que aspectos relevantes ao estudo fossem abordados.

A utilização deste tipo de entrevista começou com uma questão que a orientou e o desenvolvimento se deu a partir do que foi trazido pela participante (BARDIN, 1995).

A entrevista foi gravada em áudio, transcrita e analisada.

9.5 - Análise dos dados

Os dados colhidos foram submetidos à análise de conteúdo, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos para a descrição do conteúdo das mensagens. Foi utilizado um conjunto de técnicas de análise das comunicações, recomendado por Bardin (1995).

O presente estudo tomou como base a análise temática ou categorial, que se propõe a criar categorias e descobrir os “núcleos de sentido” das mensagens. A categorização possibilita a transformação de dados brutos em dados organizados, decompondo e reconstruindo o discurso em um conjunto de categorias, que fornecem resultados produtivos, não apenas pela categorização e descrição em si, mas pela inferência e interpretação do material.

Nesta pesquisa inicialmente realizei uma leitura da entrevista (leitura flutuante), para poder explorar o material, extraindo critérios de classificação, codificação e criação de categorias de significação.

A base de dados, construída com a revisão da literatura, ajuda na organização das categorias, que foi elaborada com a leitura do texto, demarcação dos temas que são as unidades de significação, e estas unidades foram agregadas nas categorias.

No tratamento dos resultados trabalhei com a inferência na mensagem (entrevista) produzida pelo emissor, e com a interpretação, voltando sempre à revisão da literatura buscando embasamento e perspectivas para dar sentido à interpretação.

9.6 - Considerações Éticas

A construção da presente pesquisa pautou-se eticamente na resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que especifica os métodos em “Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, da qual destacamos os seguintes aspectos:

- Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo.
- Procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade dos participantes.
- Respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como aos hábitos e costumes dos envolvidos.
- Liberdade dos sujeitos de se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Sabendo que o luto pode ser vivenciado de formas diferentes, considerou-se que o procedimento é de baixo risco para os participantes, não surgiram problemas e não houve necessidade de encaminhamentos.

Por se tratar de uma temática que envolve autorização judicial para a realização da interrupção da gestação, a participante foi recrutada em uma instituição pública que presta assistência a esta população, proporcionando uma posição de confiança que atesta a legitimidade dos investigadores (STROEBE et al., 2001).

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO:

O luto não reconhecido na interrupção da gestação por patologia fetal letal soma-se a questões legais, religiosas e culturais. Foi justamente visando compreender melhor este processo que separei alguns temas identificados na narrativa da participante e que serão discutidos a seguir:

A gestação - história e características;

A família – o significado de ser mãe

Interrompendo:

Diagnóstico

Levar até o fim?

No hospital

Depois...

Um estranho no ninho – características do luto não reconhecido

O casal e o enfrentamento da situação

O apoio da Igreja

A Compreensão da Experiência Relatada.

A GESTAÇÃO – SER MÃE

Os desejos e expectativas envolvidos no início da gestação ajudam a entender reações posteriores frente à situação de perda. Quando se fala da decisão de ter um filho, nem sempre o casal está de comum acordo quanto ao nascimento e programação da gestação, prevalecendo a vontade de um sobre o outro. Neste caso, o casal tinha idéias diferentes quanto ao fato de ter filhos, F. estava na expectativa de que a esposa ficasse logo grávida, enquanto que M. não compartilhava deste mesmo desejo, e não pensava em engravidar.

“...eu arrumei assim por causa da pressão do meu marido praticamente... Já tenho 39 anos... namoramos 9 anos mas eu achei que não era o momento de eu arrumar. Ai eu falei F. eu só vou arrumar quando eu casar. Eu casei e ele começou a cobrar, casamos em setembro e começou aquela cobrança, aquela cobrança...”

A vontade do marido prevaleceu sobre a vontade da entrevistada que se sentiu pressionada, tanto por ele quanto por ela mesma, quando refere já ter 39 anos. Apesar de

não relatado por M, é como se ela soubesse que com o passar do tempo os riscos de complicações de uma gestação aumentam com a idade. Apesar do intenso discurso relatando a pressão ela cede, como que buscando uma confirmação de que realmente o esposo está certo e que ela não pode demorar para engravidar. O discurso manifesto porém aponta a intensa insegurança neste momento de confirmação da gravidez revelando medos e insegurança no papel materno, pois nos objetivos relatados por ela, a gestação só viria aproximadamente aos 42 anos, e que justamente aumentam as chances de problemas durante a gestação e até mesmo problemas com o feto. Porém o que prevalece é a questão da preparação para ser mãe e um movimento de adiar este momento.

Mansur (2003) relata que existem mulheres que estão em um período de transição, nem assumem a gestação e a maternidade e nem afirmam que não querem ter filhos. Elas adiam a maternidade, o que torna a tomada de decisão um processo muitas vezes lento e demorado. Neste caso este processo foi acelerado pela pressão do marido. Referindo a quando planejava engravidar:

“Depois de uns 3 anos, pra ir ficando assim preparada pra ser mãe, uma gravidez. Eu tenho assim, irmãos, e eles têm filhos e eu vejo que não é fácil, com filho, ter, ainda tem a escola, eu falei será que eu to preparada pra isso? Entendeu? Você fica naquele medo de ser mãe. Sentia muito

medo e juntou a pressão do Flávio e o medo e eu não estava feliz com a minha gravidez. A minha cunhada dizia: não M., é porque ainda a criança não mexeu, quando mexer e tal, só que eu não tava preparada.”

Grande parte do movimento de M em função da gestação não focalizava a relação mãe-bebê, e sim agentes que podem ser considerados estressores, e a relação fica triangular entre ela, a gestação e os outros elementos externos, como a pressão do marido e as referências familiares percebidas de forma negativa. O motivo então de ficar grávida não é o seu desejo de ser mãe e sim a vontade do marido de ser pai, e a crença dele de que a família só vai existir quando o casal tiver filhos. F. comenta:

“Olha M. eu casei pra constituir uma família...você não está com 20 anos pra ficar pensando a daqui a 10 anos você arranjar”

Este conceito é comentado por Fidalgo (2003), para quem a maternidade é o culminar da felicidade proposta pelo casamento. Ceder aos apelos do marido, que relatou ter casado para constituir família, e para ele isto significava ter filhos foi um dos motivos para a gravidez, porém uma vontade contrária ao que ela vivenciava no momento, favorecendo o sentimento de insatisfação com a gestação.

Existia provavelmente uma diferença na estruturação deste bebê no imaginário dos pais. O pai já havia construído uma representação simbólica deste filho como um elemento capaz de confirmar a existência de uma família, enquanto que a mãe não estava conseguindo conceber mentalmente a criança não se achando preparada para ser mãe e não aceitando a gravidez e dificultando o estabelecimento dos laços de afeto no início da gestação (BERTHOUD, 1998; PICCININI, 2004).

“Só que no começo eu não aceitei a minha gravidez. Não sei se foi por causa da pressão que ele me colocou.”

“...eu não sei o que é o amor de uma mãe, a atitude de uma mãe com o filho quando o filho ta errado, eu não sei a atitude de uma mãe, não sei... na minha família as minhas irmãs, nenhuma tem paciência com criança, então parece que eu me vejo, eu me espelho assim entendeu... então eu tenho medo, eu acho que o meu medo é de ser igual minhas irmãs são com os filhos.”

As percepções do cuidar no grupo familiar trazem uma referência negativa da imagem materna, e a concepção mental da criança tem seu início influenciado pelas atitudes das irmãs, gerando insegurança e uma tendência a adiar a condição de maternidade.

A referência que ela tem da mãe demonstra uma conduta muito mais conciliadora do que de cuidadora. O foco de atenção é a tentativa de resolução de problemas ou a resignação, tanto que quando fala dos sobrinhos, a temática gira em torno da dificuldade de criar um filho, e que em sua família isto parece não ter alcançado um resultado positivo. A expressão do amor materno vem como idealização ou então em outra família, como na do marido, mas não na sua.

“...acho que eu puxei a preocupação da minha mãe.”

“Assim quando eu falei pra ela do problema do nenê ela falou – se Deus te deu isso, tem que carregar até o fim. Tudo é assim, um método todo antigo o jeito dela.”

“Pela família do F. e pela cunhada dele, eu acho bonito o amor dela pelos filhos, e às vezes eu me espelho nela, ai eu acho que vale a pena.”

Percebe-se no discurso, a ambivalência de referências que mostram para ela valer a pena ter filhos e outra que reflete o contrário, enquanto que a decisão pessoal fica intencionalmente adiada, retardando mudanças pessoais e intrapsíquicas no caminho da construção da identidade materna.

Quando a realidade de ter filhos se aproxima dela, a referência da mãe e das irmãs não favorecem a estruturação desta identidade de mãe. Porém a pressão do marido faz com que ela busque referências que possam a encorajar neste novo papel, e neste momento, é a família do marido que serve como modelo, apesar de se mostrar em menor intensidade, a ponto de ajudar a promover novas estruturações e adaptações da imagem de ser mãe.

A percepção inicial da gravidez veio com o atraso da menstruação, sono, e uma sensibilidade intensificada. Durante todo o início de confirmação da gravidez o pensamento de ser uma grande responsabilidade, e de não saber se estava preparada para criar um filho a acompanhava. Mais uma vez a preocupação era de não ser uma mãe boa o suficiente, e desta forma, ter problemas com a educação dos filhos como ela percebia em sua família.

Referindo-se aos primeiros sinais da gestação:

“Muito sono. Ai eu peguei e falei pro F., acho que estou grávida. Ele comprou o exame da farmácia e deu positivo. Mas a partir daquele dia eu me senti mais sensível ainda. Me senti muito sensível. Eu

falava, ai meu Deus do céu, agora a minha vida vai mudar, eu acho que eu não vou saber ser mãe, uma criança, uma responsabilidade.”

Existia uma dificuldade de enfrentar o processo de transformação e adaptação frente à notícia da gravidez, sendo que este processo de transformação é esperado, pois a mulher tem a possibilidade de modificar a percepção que tem dos outros e de si mesma (BIRKSTED-BREEN, 2000), o que ela não conseguia fazer.

Interrompendo

Diagnóstico

O diagnóstico da anomalia fetal aconteceu no momento em que existiam sentimentos ambivalentes de rejeição e desejo pela gravidez:

“...fui fazendo o pré-natal direitinho, a médica repetiu um exame para ver se estava tudo bem. Só que eu não estava me sentindo bem, alguma coisa dentro de mim... ficava me sentindo mal, mas eu não tinha com quem falar... ninguém ia me entender o que eu estava sentindo. Se eu falar pro F. não vai resolver, porque eu acho que o homem não sabe o que é o amor de mãe... levando uma vida dentro de você.”

Ainda sem a confirmação da patologia fetal, existia uma sensação de desconforto, talvez mobilizada pela rejeição, que a impedia também de dividir e conversar com os outros a respeito de seus sentimentos, pois provavelmente o medo de ser acusada de ter causado mal ao bebê, era uma das fantasias existentes, mobilizando já sentimentos de culpa. Esta reação de fantasias de prejudicar o bebê é esperada quando ocorrem situações conflitivas que testam a capacidade adaptativa da mulher

(CURY, 1997; BIRKSTED-BREEN, 2000), e M. enfrentava um intenso stress desde antes da gestação, com a sensação de não capacidade de desempenhar bem o papel de mãe, o que contribuiu para enfraquecer ainda mais suas capacidades adaptativas.

Durante o diagnóstico pôde-se perceber, também, o despreparo dos profissionais para lidar com situações traumáticas como esta.

“E os médicos fazendo o exame perguntaram se eu queria saber o sexo, pra mim tanto fazia, porque eu não tava, até então, aceitando. Ai o médico começou a enrolar, eu peguei e falei – tem alguma coisa errada né doutor? Ele falou assim – calma mãe, você é uma mãe sem paciência.”

“Ele falou que não tava conseguindo ver o cérebro da criança. Ai eu perguntei se era grave, e ele falou que era médio.”

Observa-se que, o mais comum durante o ultra-som, saber o sexo do bebê, é questionado à mãe, mesmo com a percepção de uma anomalia fetal pelo profissional. A inabilidade é observada também no tratamento com a mãe dizendo que ela é sem paciência, provavelmente a sensação de impotência frente ao que foi relatado em

seguida, que não era possível ver o cérebro da criança, mobilizou o profissional de saúde a agir dentro de seu repertório de acolhimento possível nesta situação.

Esta dificuldade foi observada por Detraux et.al. (1998) ao avaliar o impacto psicológico do diagnóstico de anomalia fetal para as gestantes. Os profissionais de saúde que trabalham com ultra-som se mostraram sem preparo adequado para lidar com essas situações, e que eles têm uma importância fundamental que contribui para o estabelecimento do envolvimento afetivo da mãe com seu bebê.

O exame é levado para ser avaliado por mais três médicos, a médica que a acompanhava e outros dois.

“Levei na minha médica, ela viu e falou que realmente não tinha jeito, ela falou pra mim que do jeito que a criança estava, nasceria e no máximo sobreviveria de uma a duas horas, ou poderia entrar em óbito a qualquer hora dentro da minha barriga.”

“Eu falei pro F., eu não quero só um médico me falando, vou procurar mais uns dois ou três, pra mim saber se realmente é isso. Ai os dois médicos falaram a mesma coisa.”

A busca pela confirmação atende a uma resposta inicial de negação frente a uma notícia de perda (BROMBERG, 1998). A confirmação da condição clínica do bebê levou à próxima etapa da decisão, de continuar a gestação ou interromper o processo.

“A médica falou que eu tinha que carregar até os nove meses, o convênio não dava carta pra fazer o aborto legal, que eu procurasse um lugar.”

O impacto da notícia não é o único agente estressor com o qual a família nesta situação tem que lidar. A possibilidade da escolha de interromper a gestação é, de certa forma, nova para a gestante, e vem acompanhado de um percurso que exige uma autorização legal para a sua realização, e nem sempre a gestante sabe a quem recorrer, e mais uma vez o médico poderia estar preparado para orientar a mulher que passa por esta situação, independente da sua posição em relação à questão do aborto legal.

Neste caso a médica orientou M. a procurar o hospital Mário Covas - SP, lá a assistente social a encaminhou ao Hospital Saboya, onde foi recebida, examinada e orientada quanto ao procedimento para a interrupção da gestação.

“A médica falou – o que nós aconselhamos é pra arrumar um advogado, porque neste caso o juiz pode assinar em até 10 dias.”

Algumas pesquisas sugerem uma abordagem multiprofissional, com suporte psicológico tanto antes da interrupção, quanto depois (HARRIS, 2004; BRYAR, 1997), na assistência à gestante no momento da decisão de interromper a gestação ela recebeu a visita de uma psicóloga, porém após a interrupção ela não recebeu suporte emocional.

“Passei com uma psicóloga, ela perguntou pra mim porque eu não levaria até os nove meses. E eu disse que não ia conseguir levar até os nove meses uma gravidez que eu sei que não tem jeito adiante.”

Este suporte inicial aparentemente se restringiu a uma avaliação psicológica frente à questão da interrupção, não ficando muito claro no discurso de M. se ela recebeu suporte emocional além da avaliação. Este apoio se justificaria pelas intensas manifestações emocionais vivenciadas por M., da descoberta da gravidez, diagnóstico da anomalia fetal e decisão de interromper a gravidez.

Logo após o diagnóstico pelo ultra-som ela comenta:

“Quando o médico me falou o problema que deu, me senti desamparada... quando eu saí da sala... me faltava o chão. Eu não acreditei que tava acontecendo aquilo comigo. A partir dali eu já

comecei a me sentir culpada. Me senti muito culpada, pedi muito perdão, chorei muito...”

O momento do diagnóstico não pode ser compreendido apenas, como o momento de revelar uma verdade difícil aos pais daquele bebê em gestação. Deve ser compreendido como uma experiência subjetiva que tem uma história anterior, e uma perspectiva de futuro, e sofre influência da construção do apego entre mãe e filho neste processo gestacional (BENUTE, 2005; DETRAUX et.al, 1998).

No caso de M., a reação de culpa e sensação de desamparo foram intensificadas pela não aceitação da gravidez, e pela dificuldade em conversar com o marido a respeito do que estava sentindo, pois ela estava infeliz com a gestação, porém não queria prejudicar o bebê, e estava com medo de não ser compreendida pelo marido, fortalecendo os sentimentos de solidão, desamparo e culpa.

“O F. não sabia o que eu tava sentindo, eu nunca falei pra ele que eu não tava feliz. Nunca comentei com ele pra não estragar, porque ele estava muito feliz.”

Esta situação exemplifica que, as questões particulares de cada casal devem ser amparadas para uma efetiva ação específica e particular, dentro de um universo generalista que sugere a intervenção psicológica nestes casos. Ao profissional que

primeiro percebe a anomalia não cabe esta avaliação, porém o preparo mínimo para lidar com esta situação deveria ser pensado.

A decisão da interrupção da gestação foi tomada pelo casal, que recebeu o apoio da família.

“M. – Falei pra ele que era muito difícil pra mim levar até os nove meses. Ele falou também que ele não ia conseguir. Então eu e ele sentamos, até então decidi eu e ele, depois chamamos o pai dele, chamei a minha mãe, as minhas irmãs também ficaram sabendo. A família não falou nada, deu total apoio, achou também que pra prolongar uma gravidez sabendo que eu não ia ter meu filho nos braços, a família apoiou, tanto a dele quanto a minha.”

Neste momento, o apoio familiar tem importância para minimizar a culpa e a sensação de desamparo e solidão (LORENZEN, 1995). O acolhimento familiar ajuda os pais a dividirem a carga emocional, mesmo que exista uma resistência inicial para compartilhar esta informação, provavelmente com receio da não aprovação da decisão de interromper a gravidez.

“O F. falou assim – não, você não vai ligar, não vai falar pra ninguém. Não vamos falar, vamos esperar o diagnóstico médico, eu falei, F., ele já falou! O médico já falou o que está acontecendo. Ele não queria que eu falasse com ninguém do problema. Mas eu falei, tem que conversar, tem que desabafar.”

Pelo discurso do esposo, o movimento de negação e choque ainda prevalece, pois ele tem um movimento de retardar a conversa com a família, na esperança de um diagnóstico diferente, que talvez fosse contrário ao que havia sido tido. M., no entanto, já tem uma percepção mais elaborada da situação. Os dois tinham movimentos diferentes em relação à gestação, ela com uma dificuldade em aceitar enquanto ele estava envolvido no processo gestacional, o que pode ter influenciado a percepção e resposta à notícia da patologia do feto.

“O F. todo dia conversava com o bebê, mais do que eu. Ele conversava, chegava no portão e falava – nenê o papai ta chegando. E beijava muito a minha barriga. Ele colocava música e falava que o bebê tinha que escutar música, tem que começar a dançar dentro da barriga.”

A resposta dos dois também é diferente, pois F. teve mais dificuldade em reconhecer a gravidade do diagnóstico, demonstrando esperança de uma posição diferente de outro médico. Porém, com o alerta da esposa, consegue perceber a situação e dividir com a família a decisão tomada pelo casal.

NO HOSPITAL

O período de permanência no hospital, aguardando todo o processo até o momento da interrupção, e posterior alta, foi um período considerado por M. como muito difícil. De certa forma acabou por reforçar algumas características de isolamento social, falta de apoio familiar e sensação de não estar sendo compreendida, reações estas encontradas no processo do luto não reconhecido (DOKA, 1989).

As pesquisas analisadas neste trabalho não enfocaram a questão do período de internação para interrupção da gestação, a discussão de algumas volta-se para o período após interrupção (KERSTING et al., 2007; KORENROMP et.al, 2005; KERSTING et.al, 2004), ou no período do diagnóstico no ultra-som (DAVIES et.al, 2005; DETRAUX et.al, 1998), ficando o período de internação para a interrupção carente de pesquisas.

M. relatou que ficou internada no Hospital Saboya durante uma semana e que foi um período traumático e de difícil recuperação. Dentre as manifestações emocionais e comportamentais, as de maior destaque foram:

Isolamento:

“Fiquei uma semana internada aqui. Uma semana num quarto isolado. Fiquei sozinha.”

“Quando foi no domingo, liguei pro meu marido, falei – pelo amor de Deus, vem me tirar daqui, eu não estou agüentando mais, vou ficar louca aqui dentro. Isolada, o lugar que eu fiquei não tinha ventilação, não tinha janela e eu estava sozinha no quarto.

Aumento do stress:

“Internei na segunda, quando foi na quinta fiquei nervosa, eu chorava, eu queria sair correndo.”

Aumento do stress devido à rotina hospitalar e condutas médicas:

“Me colocaram em uma sala com duas mulheres abortando na minha frente. Quando foi na quinta eu chorei, chorei... A Dra M. falou pra mim – você está ficando muito tempo aqui... e chamou a medicina fetal... ai tiveram que parar o coração do bebê na sexta. Desde segunda até sexta colocando remédio e nada.”

Em vários momentos M. fala da questão de ter ficado sozinha em um quarto, o que é um desafio para a equipe de saúde frente a esta situação, pois na maternidade ela

estaria próxima de mães com bebês, no centro obstétrico ficaria mais próxima de situações como o parto ou aborto. Ao isolar a paciente, a equipe corre o risco de estigmatizar a situação, transformando o local, no quarto da mãe que vai interromper, ou da gestante do feto anencefálico.

As ações de acompanhamento da equipe não foram sentidas como suficientes apesar de ter recebido apoio da assistente social e da psicóloga.

“A assistente social vinha me ver, os médicos vinham na hora de colocar remédio, depois não vinha me ver não, perguntar como eu estava. Psicóloga veio umas três vezes conversar comigo, mas nem psicólogo eu queria mais.”

O suporte familiar e social, visto como eficaz nestes momentos (KERSTING, 2007), não foi bem aproveitado, visto que M. não refere a possibilidade de ficar com uma acompanhante durante o período de internação, o que provavelmente minimizaria a sensação de solidão e isolamento.

“Não passaram pra mim se podia ficar acompanhante. Veio uma cunhada, ficou umas duas horas conversando comigo, uma irmã veio

umas três vezes, eu ficava praticamente sozinha, a maior parte do tempo eu ficava sozinha.”

Esta situação reforça a necessidade da percepção do profissional que acompanha o caso, de pensar em uma situação para minimizar o stress e a sensação de solidão, como por exemplo, a presença de um acompanhante. Não se deve esperar esta atitude da paciente, pois ela tem que lidar com vários outros fatores e muitas vezes ela pode estar confusa e com medo, o que prejudica cognitivamente a tomada de algumas decisões, ou mesmo sugestões, este papel deve ser da equipe de saúde.

O aborto só foi acontecer no sexto dia, já em outro hospital, pois após o óbito do bebê, o convênio aceitou a paciente. No mesmo dia da transferência ela teve o bebê. A médica havia comentado que talvez o processo demorasse uma semana, no entanto a vivência durante a internação foi fragilizando a paciente, e tornando os recursos de enfrentamento insatisfatórios. Desta forma, M optou por trocar de hospital, como provável recurso encontrado para eliminar uma situação de intenso stress e sofrimento, pois manifestava com o marido a intenção de fugir do hospital.

É um momento de intensa manifestação de sentimentos, que se torna arriscado afirmar que a idéia de fugir, fosse um movimento de fuga da situação de perda vivenciada por M.. Neste momento, talvez seja mais indicado, questionar como funciona a assistência nestes casos, e como se poderia aprimorar a assistência às mulheres que se submetem ao procedimento de interrupção da gestação. Existem programas voltados para estes casos, que procuram prestar uma assistência

interdisciplinar aos familiares que tem um diagnóstico de anomalia fetal letal (CALHOUN et.al, 2003), porém para a realidade brasileira existe uma lacuna neste tipo de assistência.

O LUTO NÃO RECONHECIDO E A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

O processo de luto vivenciado por M. tem particularidades que remetem ao luto não reconhecido, porém como aponta a literatura (BURGOINE, 2005; SALVESEN, 1997; ZEANAH et.al, 1993) não difere das reações observadas nas perdas perinatais, como no aborto espontâneo ou no caso de natimorto, por exemplo.

O processo de M. tem início com um fator de culpa, intensamente motivado por uma dificuldade inicial de aceitar a gravidez.

“Foi uma sensação horrível de estar vivendo tudo isso... de não ter aceitado minha gravidez, mas no momento que aconteceu com meu filho eu fiquei muito mal, eu jamais queria isso para ele. Então eu fiquei mal, me senti culpada.”

A gravidez de M. teve uma motivação que foi a pressão do marido, e não um movimento pessoal de aceitação e desejo de ficar grávida. Ela tinha referências positivas e negativas quanto a ter filhos, e isto ficou também indefinido para ela, que buscou adiar o máximo que pôde a gravidez.

Esta ambivalência é uma das características do luto não reconhecido e intensifica as reações frente à perda (DOKA, 1989; GILBERT, 1996). A ambivalência costuma ter pouco ou nenhum reconhecimento da rede de apoio, muitas vezes porque estes sentimentos ficam guardados com o enlutado, e são de difícil troca, pelo o medo de não ser compreendido.

M. não falou ao marido que não estava feliz com a gravidez, e que suspeitou que algo não estava indo bem, quando fez o ultra-som que identificou a anomalia. A dificuldade de falar com o marido a respeito do que estava sentindo, provocou uma sensação de desamparo ao ter a confirmação de que o feto tinha uma patologia incurável.

“O médico começou a enrolar e eu falei – tem alguma coisa errada doutor? E ele comentou – calma mãe... você é uma mãe sem paciência. F. falou que era ansiedade, porém ele não sabia o que eu estava sentindo, eu nunca falei pra ele que eu não estava feliz... quando o médico falou do problema me senti desamparada.”

O casal não tinha um consenso quanto à aceitação da gestação, o que intensificou em M. a sensação de estar sofrendo sozinha, sentindo-se desamparada. A falta de uma escuta ao sofrimento foi sentida por parte do marido, e de sua família, que

tiveram certa tolerância no início, porém depois da primeira semana após a interrupção, os canais de comunicação foram se fechando.

“Eu sinto que as pessoas não querem me escutar mais... tanto problema e tem que ficar só comigo, porque eu acho que eu falando eu estou incomodando as pessoas, então eu procuro ficar assim pra mim.”

“Me apoiaram no momento que eu tava pra fazer o aborto legal, eu achei que todos me apoiaram, depois que passou, parece que eu não podia tocar mais no assunto.”

Esta é uma característica do luto não reconhecido, em que a perda não é reconhecida socialmente, e a compreensão é que a pessoa não teria um motivo para entrar no processo de luto (CASELLATO, 2005; PARKES, 1998; DOKA, 1989). A dificuldade em se perceber o processo de luto, muitas vezes é manifestada com frases que não validam a perda do enlutado.

“...eu tenho receio de ficar conversando e tocando no assunto com as pessoas, elas falam – tem que

**esquecer, bola pra frente, é uma página virada,
tem que ver os outros momentos da sua vida. Mas
não é assim.”**

A pouca tolerância na escuta, acaba muitas vezes por proporcionar um retorno ao familiar enlutado, que a perda sofrida não foi tão significativa a ponto de se prolongar por semanas ou meses o sofrimento e a necessidade de falar a respeito do que foi perdido. Desta forma, o apoio familiar e social vai diminuindo em velocidade contrária à necessidade de apoio de quem sofreu a perda. Ao comentarem com M. que a situação era uma página virada, ela não sentia desta forma e foi percebendo que a tolerância da família foi diminuindo para escutar e apoiar a manifestação de seu sofrimento.

O apoio familiar e social, assim como o apoio do parceiro, é importante na elaboração do processo de luto, no que se refere à validação da perda e da manifestação emocional legítima de quem perdeu a pessoa amada, ajudando a evitar um processo de luto complicado (BIANCHI-DEMICHELI et. al, 2002; KORENROMP, 2005).

O apoio familiar encontrado por M. foi o da cunhada, que manteve uma postura de disponibilidade para escutar, proporcionando a validação do sofrimento e legitimando a perda.

“A minha cunhada sempre falou – se quiser conversar... quando quiser falar no assunto você fala.”

“A única pessoa que me escuta, que eu acho que não incomoda é minha cunhada. Ela fala – vem pra casa se você quiser conversar...”

A cunhada é reconhecida como referência para falar da perda, porém este apoio não é suficiente, considerando-se que sua família não consegue estabelecer esta abertura, favorecendo a reação de isolamento social, observada no luto não reconhecido, e também neste grupo relacionado à interrupção de gestação por anomalia fetal incompatível com a vida extra-uterina (SCHUTT et. al, 2001).

“... a família reúne e eu não consigo ficar no meio da família. Eu não consigo me reunir mais, eu já fico assim isolada.”

“... eu acho que eu estou me isolando muito das pessoas, eu acho que eu mudei o meu jeito de ser, eu mudei.”

O isolamento social comentado por alguns autores está relacionado também a um quadro de depressão (BURGOINE et. al, 2005; KORENROMP et. al, 2005; SCHUTT, 2001) que no caso de M. pode também ser observado no seguinte trecho da entrevista.

“...tem dia que eu não almoço, como uma fruta, as vezes fico três dias sem almoçar, as vezes sem jantar. Eu acho que não estou ligando mais pra mim como eu ligava. Estou esquecendo mais de mim.”

O objetivo do trabalho não foi o de avaliar um quadro de depressão, e a entrevista aconteceu 1 mês e 17 dias após a interrupção, desta forma, sintomas de depressão como a falta de prazer e o isolamento, são esperados no processo do luto, e como citados anteriormente, podem se intensificar pelo não reconhecimento social da perda (BROMBERG, 1998).

Rando (1997) comenta que, além da ausência de suporte social, a falta de participação em rituais como velório e enterro, que confirmam a perda e promovem a oportunidade do acolhimento dos outros, dificulta e intensifica o processo de luto.

A impossibilidade de participar do enterro, de elaborar algum ritual que possa ter um significado para M., foi mais um fator que reforça a dificuldade de encontrar

espaços para se manifestar emocionalmente o pesar, e de ser acolhida, reconhecida e ter seu sofrimento validado.

“Meu marido chegou lá, eles conversaram que pesou 550gr, que tinha que fazer o enterro. E ele mesmo comprou a roupinha, ai trocaram lá no hospital e levou pra Vila Alpina pra enterrar, não teve velório, nada não. Ele fez tudo sozinho, tudo rápido.”

Quanto à questão de ver o bebê morto, mesmo nos casos de anencefalia, foi considerado por Geerinck-Vercammen (2003) e Lorenzen (1995) como fator positivo no enfrentamento da perda, como a possibilidade de concretizar a existência do bebê para que a despedida pudesse ocorrer.

“...a enfermeira perguntou se eu queria ver a criança – falei que queria ver, carreguei 5 meses não posso dar as costas pro meu filho... quando ela trouxe a criança eu me senti muito mal. Eu queria estar no lugar dele. Queria tudo que meu filho sentiu, queria estar no lugar dele. Queria que ele estivesse vivo e eu dar minha vida por ele.”

No caso de M., existiu o desejo de ver e reconhecer o filho, mesmo porque no início da gestação, a aceitação da existência do filho demorou para acontecer, e o foco muitas vezes estava centralizado na possibilidade de não ser uma boa mãe, então, ver o bebê teve a conotação de fazer algo pelo filho, mesmo estando já morto. O fato de falar e chamar de filho, demonstra a identificação com o papel materno. Porém uma identidade materna sequelada pela impossibilidade de exercitar o papel de provedora e protetora, e com a possibilidade de sentir-se uma mãe que falhou, que não conseguiu ser uma mãe boa o bastante para salvar o filho.

**“...eu chorava muito de saber que o bebê tava aqui
comigo e eu não podia fazer nada pra ajudar o
bebê.”**

Rando (1997) fala sobre a dificuldade dos pais aceitarem a morte do filho, até porque, é como se a ordem natural das coisas fosse violada, abalando o indivíduo, a sensação de segurança, e previsibilidade no futuro. Não se desfazer do quarto do bebê pode ser considerada uma forma de negar a realidade da perda, e manter o bebê presente, pelo tempo que o casal achar necessário, e que vai depender de como caminha o processo de elaboração da perda para que o quarto deixe de ser um templo intocável para dar acesso à confirmação da perda e o que vai ser feito com as coisas do bebê.

“O quarto do bebê está fechado, até hoje eu não tive coragem de entrar lá.”

Duas das variáveis para facilitar o período de luto vivido pelos pais, são o apoio e a fé religiosa (KERSTING, 2007) que pode auxiliar, se minimizar a sensação de culpa perante a igreja e Deus, pois para a Igreja católica, não existe apoio declarado a qualquer tipo de prática de aborto, independente da situação, é considerado um ato criminoso.

“Antes de me internar fui confessar... o padre falou que a igreja é contra isso, a igreja nunca foi a favor... é uma decisão sua e do seu marido... não era pra mim ficar colocando coisas na cabeça, não era pra me sentir culpada em momento algum.”

Apesar da postura da Igreja ser contrária à prática da interrupção da gestação, existe neste caso uma postura de acolhimento, em que o padre busca tranquilizar M. frente à situação, o que ajudou a minimizar a ansiedade e a culpa.

“Me senti mais aliviada, depois que falei com o padre, eu consegui achar o chão onde eu estava

pisando, porque até então eu não estava achando um caminho pra mim.”

O apoio religioso pode ser entendido como uma liberação da culpa, no caso analisado, o padre colocou a posição da Igreja em relação à interrupção da gestação, porém deu importância à escolha do casal, validando a decisão e minimizando sentimentos de culpa.

A reação frente ao evento traumático de decidir interromper a gestação, levou M. a apresentar um quadro de retraimento social que foi observado durante a entrevista. M. comenta em diferentes momentos a solidão e o isolamento e com mais intensidade fala de uma sensação de vazio. Mesmo existindo inicialmente um não desejo pela gravidez, estimulado pela ansiedade relativa à educação e ao respeito pelos pais, quando esta criança fosse crescendo, a descoberta de uma patologia no feto fez com que M. não sentisse alívio pela possibilidade de interrupção da gestação e sim, estimulou a aproximação com o filho inviável para a vida extra-uterina.

A sensação de vazio refletiu o desejo e as expectativas depositadas na criança durante o período de gestação, e o processo de negação parcial ser entendido em uma perspectiva de processo adaptativo e formação da identidade de mãe, que acabou sendo estruturada de forma abrupta com o evento traumático de inviabilidade fetal.

“Até hoje eu sinto que me falta alguma coisa, me sinto vazia, me sinto muito vazia.”

“...parece que eu sinto que estou perdida, me faltando alguma coisa.”

“Eu não sei se eu arrumar outra gravidez eu acho assim, que esse vazio que eu tenho não vai preencher mais não.”

Esta sensação de vazio é reflexo da perda da esperança, dos sonhos e expectativas investidas nesta criança que viria a nascer (BROMBERG, 1998). Por mais difícil que tenha sido no início da gravidez de M., em relação a aceitação, com a perda, ela intensifica e assume seus desejos em relação ao filho, e passa a considerar que deveria ter ficado mais tempo com ele, e que talvez a interrupção da gestação tenha sido uma decisão precipitada.

“Eu acho que fui fraca em algumas coisas. Eu chorava muito na minha gestação, mesmo antes de saber, eu chorava muito, mas mesmo assim eu sentia aquela carência como mãe, como que eu ia ser com meu filho.”

Existia uma expectativa em relação ao futuro de como seria a relação dela com o filho, até porque as referências familiares das irmãs não tinham conotação positiva, pois ela refere que nenhuma das irmãs tinha amor pelos filhos e ela se questiona se funcionaria de forma diferente.

A sensação de vazio após a interrupção da gestação proporcionou então, a reflexão e o desejo de ter ficado mais tempo com o filho, e de poder ter se relacionado de forma diferente com o filho no processo gestacional, mudando também o padrão estabelecido pelas irmãs de uma carência afetiva no contato com os filhos.

“...se eu pudesse voltar atrás acho que voltaria tudo que vivi na minha gestação. Eu achei que faltou mais carinho com meu filho, achei que faltou mais dedicação.”

“Se eu pudesse, falava pra mulher curtir o momento da criança dentro dela, dar mais amor, dar mais carinho.”

Esta situação refletiu a necessidade, muitas vezes, de se tentar conseguir um alvará que autorize a interrupção da gestação, sem visualizar o processo pelo qual passa a mulher, de decidir ou não pela interrupção, uma situação nova e que não faz parte do

repertório de alternativas usuais em uma gestação, mesmo se sabendo da existência de uma patologia fetal.

O conflito inicial que vai definir o que será feito, entre interromper ou continuar a gestação, talvez justifique não só a assistência psicológica no final do processo, quanto no começo, após o diagnóstico. No caso de M., a dificuldade inicial de vincular-se com o filho no período gestacional, mobilizou sentimentos de culpa e desejo de reparação após o diagnóstico, devido a este distanciamento, que poderiam ter sido identificados logo no início, minimizando assim sua intensidade, pelo atendimento e acompanhamento psicológico durante o processo.

“...depois que acontece agente precisa muito de ajuda depois. Porque às vezes a família não é a ideal pra conversar, às vezes a família não está preparada.”

A família não estava preparada para uma situação como esta, e M. também não encontrou apoio profissional após a interrupção, para facilitar a manifestação dos sentimentos, assim como validar e acolher as reações emocionais frente a perda no período gestacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Juntando dois grandes temas, o luto não reconhecido por perdas perinatais e a questão da interrupção da gestação por feto anencéfalo, percebi a importância de aprimorar a atenção à mulher que passa por esta vivência e que muitas vezes tem a sensação de estar sozinha neste momento ou que sua dor não é compreendida pelos outros. A complexidade das respostas ao processo de enlutamento desta mulher é intensificado por questões pertinentes à interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida fora do útero, neste caso a anencefalia.

O processo de luto e seus determinantes vão depender de fatores como assistência emocional prévia, assim como da assistência da equipe de saúde no acolhimento desde o diagnóstico, o momento da interrupção e as orientações para a alta hospitalar. É neste primeiro contato que a mulher vai receber a notícia de que algo está errado com o bebê, e dependendo do profissional, este momento pode ter sua intensidade traumática aumentada por inadequações de postura e comunicação frente à situação de perda do bebê idealizado.

A dificuldade do manejo das situações de perda no período gestacional, não se restringe apenas ao exame de ultra-som, mas principalmente ao período de internação na ala de obstetrícia, que é carente de preparo quando se refere ao acompanhamento de gestantes que vão ter bebês com patologias fetais inviáveis para a vida fora do útero, ou seja, para acolher e cuidar de mães que vão perder seus bebês, porém ainda os carregam em seu ventre. É pertinente questionar o funcionamento e adequação da assistência nestes casos, e pensar em programas voltados especificamente para esta população com

um serviço multiprofissional, com acompanhamento durante o diagnóstico e posterior à interrupção.

A maternidade é um lugar em que seus profissionais se preparam para lidar com o início da vida e não com a morte iminente, e esta lacuna na formação teve ser repensada, pois a interrupção de gestação é apenas um dos tipos de perda que podem acontecer no período gestacional e que vai obrigar o obstetra, o enfermeiro e o técnico de enfermagem a lidar com pacientes em intenso sofrimento emocional devido a seu processo de luto.

Pude observar neste estudo que a dinâmica familiar tem uma forte influência no desenvolver das reações de luto, por exemplo, intensificando sentimento de culpa ou ajudando no processo de decisão entre a interrupção ou continuação da gestação. Apesar de a entrevista mostrar, em alguns momentos, que esta era uma decisão do casal, o apoio familiar foi um fator significativo na escolha da interrupção passando ao casal segurança e fortalecendo os recursos internos para assumir a decisão.

Outro fator que surgiu, foi o primeiro contato com o líder religioso. M. foi se confessar, movida pela culpa e se sentiu acolhida. A questão religiosa é um assunto polêmico frente à interrupção da gestação, porém pôde-se perceber que a procura foi pelo acolhimento e a busca para ser compreendida, mesmo o padre comentando a respeito do posicionamento contrário da Igreja frente à interrupção da gestação.

Desta forma, como o contato com o líder religioso se processa, pode influenciar na resposta ao luto nos casos de interrupção da gestação e deve ser considerado na elaboração do plano de assistência.

O tipo da morte se enquadra no processo do luto não reconhecido, e durante a entrevista os fatores que caracterizam este tipo de perda foram observados. A dificuldade em expressar e legitimar seu sofrimento foi uma das dificuldades relatadas durante a entrevista. Fatores como a falta de um velório e a pouca tolerância dos familiares e amigos em se falar da perda são elementos característicos do luto não reconhecido nas perdas perinatais. Desta forma, a interrupção de gestação por feto anencéfalo, ou outra patologia que inviabiliza a vida fora do útero, pode ser compreendida utilizando o modelo das respostas das mães enlutadas por perdas perinatais sem patologia fetal letal associada.

Avalio que o luto perinatal já é um processo complexo que envolve a dificuldade social de reconhecer a perda, nas interrupções de gestação a mulher tem que lidar com outras variáveis como as questões religiosas, o apoio da família e a preparação da equipe de saúde para receber e cuidar desta mãe. São alguns fatores que caracterizam esta situação e foram identificados na entrevista, porém a temática não se esgota. Questões como a manifestações de sintomas ligados à transtorno de stress pós-traumático nestas mulheres estão sendo pesquisados (KERSTING, et. al, 2007), a não interrupção da gestação e o processo de luto é uma outra questão que fica para ser pesquisada e mesmo qual a preparação ou qual a compreensão que os profissionais de saúde tem a respeito do tema e como melhorar a assistência, ou seja, o assunto está

longe de ser esgotado, necessitando de mais pesquisas que possam contribuir a uma assistência mais eficaz nos processos de interrupção de gestação por patologia fetal inviável à vida extra-uterina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDALRAFT, J. O fim da peregrinação. In: ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. *Anencefalia: O pensamento brasileiro em sua pluralidade*. Brasília, 2004.

ANDALRAFT, J. *Anencefalia: posição da FEBRASGO*. Disponível em <http://febrasgo.org.br/anencefalia1.htm>. Acesso em 14/06/2006.

ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero . *Anencefalia: O pensamento brasileiro em sua pluralidade*. Brasília: [s.n.], 2004.

ARCHER, J. Grief from na evolutionary perspective. In: STROEBE, M.S. et al. *Handbook of bereavement research: consequences, coping e care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. p. 263-284.

BAIRD, P.A. Survival in infants with anencephaly. *Clin Pediatr (Phila)* 23:268-271, 1984.

BARCHIFONTAINE, C.P.; PESSINI, L. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, , 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, A. *Limites à condenação do aborto seletivo: a deficiência em contextos de países periféricos*. Série Anis, Brasília, Letras Livres, 2003.

BENUTE, G.R.G. *Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção da gravidez: psicodiagnóstico e intervenção*. Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

- BERTHOUD, C.M.E. *Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos*. Taubaté: Cabral editora universitária, 1998.
- BIANCHI-DEMICHELI, F. et al. Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecol Obstet Invest*. 2002;53(1):48-53.
- BIRKSTED-BREEN, D. The experience of having a baby: a developmental view. '*Spilt milk*', *perinatal loss and breakdown*. Institute of Psychoanalysis, London, 2000.
- BOWLBY, J. *Perda tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 3v.
- BRADLEY, E. Pregnancy and the internal world. '*Spilt milk*', *perinatal loss and breakdown*. Institute of Psychoanalysis, London, 2000.
- BRASIL. *Código Penal*. Dec.-lei 2.848, de 07.12.40. Org. Juarez de Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BROMBERG, M.H.P.F. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo: Psy, 1998.
- BRYAR, S.H. One day you're pregnant and ano day you're not: pregnancy interruption for fetal anomalies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1997 Sep-Oct;26(5):559-66.
- BURGOINE, G.A. et al. Comparison of perinatal grief after dilation and evacuation or labor induction in second trimester terminations for fetal anomalies. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Jun;192(6):1928-32.

- CALHOUN, B.C. et al. Perinatal hospice. Comprehensive care for the family of the fetus with a lethal condition. *J Reprod Med.* 2003 May;48(5):343-8.
- CAMAROTTI, M.C. De braços vazios: uma separação precoce. In: ROHENKOHL, C.M.F. (org.) *A clínica com o bebê.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- CASELLATO, G. Luto não reconhecido: um conceito a ser explorado. In: CASELLATO, G. (org.) *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade.* Campinas: Livro Pleno, 2005
- COSTA, A.M. e SILVESTRE, R.M. (2004). Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: VENTURI, G.; RECAMAN, M.; OLIVEIRA, S. (orgs.) *A mulher brasileira nos espaços público e privado.* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
- COUTINHO, L.A. *Aborto em casos de anencefalia: crime ou inexigibilidade de conduta diversa?* Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6423>. Acesso em 03/02/2008.
- CURY, A.F. Psicodinâmica da gravidez. In: Zugaib, M.; Tedesco, J.J.A.; Quayle, J. *Obstetrícia psicossomática.* São Paulo: Atheneu, 1997.
- DAVIES, V. et al. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005 Apr;25(4):389-92.
- DETRAUX, J.J. et al. Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 1998. 847:210-219.

- DINIZ, D. *Aborto e inviabilidade fetal: el debate brasileño*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):634-639, mar-abr, 2005.
- DINIZ, D; ALMEIDA, M. Bioética e aborto. In: Costa, S.I.F. et. al, *Iniciação à bioética*. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1998.
- DINIZ, D.; Ribeiro, D.C. *Aborto por anomalia fetal*. Brasília: Letras Livres, 2003.
- DOKA, K.J. *Disenfranchised grief: recognizing, hidden, sorrow*. Nova Iorque: Lexington Books, 1989.
- DOMMERGUES, M. Termination of pregnancy for fetal neurological abnormalities. *Childs Nerv Syst.* 19:600-604, 2003.
- FAZOLLI, F. *Anencefalia e aborto*. Disponível em <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=5444>. Acesso em 18/04/2007, texto elaborado em 2004.
- FERNÁNDEZ, R.R. et. al. *Anencefalia: um estudo epidemiológico de treze anos na cidade de Pelotas*. Ciência e Saúde Coletiva, 10(1):185-190, 2005.
- FIDALGO, L. *(Re)construir a maternidade numa perspectiva discursiva*. Porto Alegre: Horizontes Pedagógicos, 2003.
- FRANCO, A.S. Fórum: aborto anencefálico – anencefalia – breves considerações médicas, bioéticas, jurídicas e jurídico-penais. *Revista dos Tribunais*, vol.833, p 399-419, 2005.

FRANCO, M.H.P. Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e do luto na contemporaneidade. In: FRANCO, M.H.P (Org.). *Estudos avançados sobre o luto*. São Paulo: Livro Pleno, 2002. p. 15-38.

FREY, L.; HAUSER, W.A. Epidemiology of neural tube defects. *Epilepsia*, 44 Suppl 3:4-13, 2003.

FRIGÉRIO, M.V.; Salzo, I.; Pimentel, S.; Gollop, T.R.. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. *Rev Brasileira Med Fetal*, vol 7. São Paulo, SP, 2001.

GARNE, L. et. al. Evaluation of prenatal diagnosis of congenital heart diseases by ultrasound: experience from 20 European registries. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 17:386-391, 2001.

GEERINCK-VERCAMMEN, C.R.; KANHAI, H.H. Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenat Diagn*. 2003 Jul;(7):543-8.

GILBERT, K. *Ambiguous loss and disenfranchised grief*. Disponível em: <http://www.indiana.edu/~familygrf/units/ambiguous.html>. Acesso em 12/12/2007. 1996.

GOLDMAN, L.A. et. al, *Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices*. Reproductive Health, 2005. Disponível em <http://www.reproductive-health-journal.com/content/2/1/10>. Acesso em 04/02/2007.

GOLLOP, T. Riscos graves à saúde da mulher. In: ANIS: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. *Anencefalia: O pensamento brasileiro em sua pluralidade*. Brasília, 2004.

GOLLOP, T.R. O STF e a anencefalia: perspectivas. *Femina* – Novembro/Dezembro, vol 32, nº10, 2004.

HARRIS, AA. Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *J Midwifery Womens Health*. 2004 Mar-Apr;49(2):105-12.

KERSTING, A. et al. Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004 Jun;25(2):163-9.

_____ et al. Complicated grief after traumatic loss. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Dec;257(8):437-443.

KLAUS, M.H.; Kennell, J.H.; Klaus, P.H. *Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KORENROMP, M.J. et al. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenat Diagn*. 2005 Mar;25(3):253-60.

_____. Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: similarities and differences between partners. *Prenat Diagn*. 2005 Dec;25(13):1226-33.

LEUTHNER, S.R.; Bolger, M.; Frommelt, M.; Nelson R. The impact of abnormal fetal echocardiography on expectant parents' experience of pregnancy: a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. Jun;24(2):121-9. 2003.

- LORENZEN, J; Holzgreve W. Helping parents to grieve after second trimester termination of pregnancy for fetopathic reasons. *Fetal Diagn Ther*; 10(3):147-56, 1995 May-Jun.
- LUDKE, M; ANDRE, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- MALDONADO, M.T.P. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16ªEd. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MANSUR, L.H.B. *Sem filhos: a mulher singular no plural*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- MEDEIROS, M. Anencefalia no Brasil: o que os dados mundiais revelam? In: *Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade*. Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, Brasília, 2004.
- MEIRA, A.R. e FERAZ, F.R.C. (1989). *Liberção do aborto: opinião de estudantes de medicina e de direito, São Paulo, Brasil*. *Rer. Saúde públi.*, S. Paulo, 23(6):465-72,1989.
- MONTEIRO, M.F.G. e ADESSE, L. (2006). *Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005)*. Disponível em <http://www.ipas.org.br/revista/nov06.html#dois>. Acesso em 10/01/2007.
- MYNAIO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.

NAVAJAS FILHO, E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: Zugaib, M.; Tedesco, J.J.A.; Quayle, J. *Obstetrícia psicossomática*. Atheneu: São Paulo, 1997

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *Anencephaly Information Page*. [online]. Disponível na internet via <http://www.ninds.nih.gov/disorders/anencephaly/anencephaly.htm>. Last updated February 09, 2005.

NINA, M.D. Estresse e ansiedade na gestação. In: Zugaib, M.; Tedesco, J.J.A.; Quayle, J. *Obstetrícia psicossomática*. Atheneu: São Paulo, 1997.

OSIS, M.J.M.D. *Paism: um marco na abordagem de saúde reprodutiva no Brasil*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl. 1): 25-32, 1998.

PARKES, C.M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus, São Paulo, 1998.

PEABODY, J.L., et al. Experience with anencephalic infants as prospective organ donors. *N Engl J Med*. 10;321(6):344-350, 1989.

PEDRO, J.M. (2003). As representações do corpo feminino nas práticas contraceptivas, abortivas e no infanticídio – século XX. In: MATOS, M.I.S.; SOIHET, R. (org) *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP.

PICCININI, C.A. et al. *Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê*. Psicologia: Teoria e Prática, Set-Dez, vol. 20 n.3, pp. 223-232, 2004.

RANDO, T.A. *Parental loss of a child*. Illinois: Research Press Company, 1997.

- RIECHELMANN, J.C. A mulher atual: perspectivas frente à gestação. In: Zugaib, M.; Tedesco, J.J.A.; Quayle, J. *Obstetrícia psicossomática*. Atheneu: São Paulo, 1997.
- ROSENBLATT, P.C. A social constructionist perspective on cultural differences in grief. In: STROEBE, M.S. et al. *Handbook of bereavement research: consequences, coping e care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001. p. 285-300.
- SALVESEN, K.A. et al. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1997 Feb;9(2):76-9.
- SCAVONE, L. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora Unesp, 2004.
- SCHMITT-PANTEL, P. “A criação da mulher”: um ardil para a história das mulheres? In: Matos, M.I.S. e Soihet, R. *O corpo feminino em debate*. Unesp, São Paulo, 2003.
- SCHUTT, K. et al. Termination of pregnancy for fetal abnormality – a traumatic experience? *Zentralbl Gynakol*. 2001 Jan;123(1):37-41.
- SETÚBAL, M.S.V.; Messias, T.S.C.; Milanez, H.; Barini, R.. Interrupção legal em gestações com fetos portadores de patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais. *Reprod Clim* 18:41-45, São Paulo, 2003.
- SGRECCIA, E. *Manual de bioética*. Loyola, São Paulo, 1996.
- SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

- STROEBE, M.S.; Hansson, R.O.; Schut, H. *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington D.C.: American Psychological Association, 2001.
- TESSARO, A. *Aborto Seletivo: descriminalização e avanços tecnológicos da medicina contemporânea*. Curitiba: Juruá, 2005.
- TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Atlas, 1995.
- TURATO, E. *Métodos qualitativos na pesquisa científica*. [online] Disponível na Internet via <http://www.psicossomatica-sp.org.br/turato2.htm>. Arquivo capturado em 06 de setembro de 2005.
- VOLPE, J.J. *Neurology of the newborn*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2000.
- WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- WORDEN, J.W. *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ZEANAH, C.H. et al. Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstetrics e Gynecology* 1993;82:270-275.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ tenho conhecimento de que estou participando de uma pesquisa científica sobre aspectos psicológicos envolvidos na interrupção da gestação que está sendo desenvolvido pelo psicólogo e pesquisador *Jorge Ramalho* dentro do Programa de Pós-Graduação da PUC/SP no Núcleo de Família e Comunidade – Programa de Psicologia Clínica sob orientação da Prof. Dra. Maria Helena Pereira Franco como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Tenho conhecimento também, que estarei participando com duas entrevistas com duração de 1 ½ hora (cada) aproximadamente.

Concordo que estas entrevistas sejam gravadas, com o único objetivo de facilitar a transcrição das respostas pelo pesquisador, e que este material será apenas utilizado para este fim, sob total responsabilidade do pesquisador que deverá arquivar o material em local sigiloso e de acesso exclusivo do mesmo.

Fica também esclarecido que a confidencialidade e privacidade das informações passadas e da identidade pessoal serão garantidas.

Quaisquer dúvidas relacionadas à pesquisa, durante ou após, poderá o pesquisador ser contatado no endereço R. Itaici, 111, ap 44, Santa Terezinha, fone (11) 6256 1006 ou (11) 7666 1527; e-mail – jorge_ramalho@uol.com.br.

Fica estabelecido que, a partir do momento que eu comunicar ao psicólogo que não me interesse mais em participar da pesquisa, esta autorização será anulada pelo mesmo e todo o material coletado até a ocasião será destruído.

Em caso de necessidade de encaminhamento:

- LELu – Laboratório de Luto, na clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, localizado na rua Monte Alegre, 961 em Perdizes, fone: (11) 3670 8040 ou 3670 8041.
- Posto de Saúde – Ambulatório de Especialidades, localizado na Av. Ceci, 2235, fone (11) 5779 9143.

Nome do pesquisado:

Nome:

Data: ____/____/20____.

RG:

Assinatura:

Testemunha:

Nome:

Data: ____/____/20____.

RG:

Assinatura:

Pesquisador:

Nome: Jorge Ramalho do Carmo

RG: 1120975 CRP: 06/60484-1

Endereço: R. Itaici, 111, ap 44, Santa Teresinha, São Paulo

Tel: 11- 6256 1006 / 11 – 7666 1527

e-mail: jorge_ramalho@uol.com.br

Data: ____/____/20____.

Assinatura: