

# O PAPEL DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DA PERDA FETAL

THE ROLE OF THE HOSPITALAR PSYCHOLOGIST FACE OF FETAL LOSS

BEATRIZ REGINA TERRÃO **SANCHES**<sup>1\*</sup>, PATRÍCIA MARIA DE LIMA **FREITAS**<sup>2</sup>

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Uningá; 2. Mestre em Psicologia pela UFSC. Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Uningá.

\* Rua Rio Parnaíba, Jardim Piatã, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87043-577. [beatrizterrao@hotmail.com](mailto:beatrizterrao@hotmail.com)

Recebido em 28/09/2016. Aceito para publicação em 16/12/2016

## RESUMO

Este artigo tem por objetivo investigar as possíveis intervenções da psicologia hospitalar em casos de perda fetal, compreendendo que este luto pode desenvolver-se como complicado devido às expectativas e sonhos depositados nesse projeto de ser mãe durante a gestação. Para tanto, o presente estudo desenvolveu-se através de pesquisa bibliográfica, buscando referências que apontassem para a atuação do psicólogo hospitalar diante de perdas fetais e as possibilidades de acolhimento à essas mães. A partir da pesquisa pôde-se compreender que após uma perda, não é possível um retorno ao estado anterior, porém o processo de luto proporciona a ressignificação e adaptação da vida sem a pessoa. Este mesmo processo se aplica às mães que perdem seus bebês. Encontrar espaço para aceitação e lembrança desse filho que existiu faz-se essencial. A elaboração do luto saudável passa pela aceitação, não somente da mãe, mas também das pessoas próximas, para que possam acolher e compreender a dor desta perda.

**PALAVRAS-CHAVE:** Perda fetal, luto, psicologia hospitalar.

## ABSTRACT

This article aims to investigate the possible interventions of hospital psychology in cases of fetal loss, comprising that this mourning can develop as complicated because expectations and dreams put into this project to be a mother during pregnancy. Therefore, the present study has developed through bibliographic research, looking for references that pointed to the work of the psychologist face of fetal loss and the possibilities of reception to these mothers. From of the research could be comprise that after a loss, is not possible a return to the previous state, however the mourning process provides the resignification and adaptation of life without the person. This same process applies to the mothers who lose their babies. Finding space for acceptance and memento of this child that existed is essential. The elaborations of the healthy mourning pass through acceptance, not only of the mother, but also the close people, so that they can receive and comprise the pain of this loss.

**KEYWORDS:** Fetal loss, mourning, hospital psychology.

## 1. INTRODUÇÃO

A perda fetal, segundo o Ministério da Saúde é definida como a morte do feto que ocorre antes da expulsão ou extração, a partir da vigésima segunda semana de gestação. Diante desse conceito, a pesquisa teve por finalidade, investigar as possíveis intervenções do psicólogo hospitalar frente às situações de perda fetal. Para tanto fez-se necessário um estudo descritivo a respeito do campo de atuação do psicólogo hospitalar, luto, perda fetal, sentimentos projetados na gestação. A pesquisa apresenta-se como necessária para responder tal questionamento, qual intervenção do psicólogo hospitalar em situações de perda fetal? Possui como objetivos específicos, investigar o processo de luto de mulheres que perdem seus filhos antes do nascimento, e explicitar sobre o campo de atuação do psicólogo hospitalar.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de apoio e aceitação do luto materno, pois a morte ainda considerada como, tabu é permeada por estigmas e preconceitos. A mãe que não consegue dar à luz a um filho vivo, muitas vezes não é considerada mãe, acaba por ser impedida de sentir e vivenciar sua dor. Para que as intervenções sejam efetivas faz-se necessária a compreensão dos sentimentos e significados vivenciados por essas mulheres durante a gestação e experiência da perda.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho, delimita-se à pesquisa bibliográfica. Como propõe Gil (2008)<sup>1</sup>, esta modalidade de pesquisa é desenvolvida a partir de materiais já elaborados como livros e artigos científicos. Os dados utilizados no desenvolvimento da pesquisa foram coletados através de livros e artigos científicos, disponíveis em bancos de dados como Scielo e BVS, como também dissertações de mestrado e documentos técnicos, que versam sobre a temática da Psicologia Hospitalar, Luto e Perda Fetal.

Quanto à natureza dos dados, tal pesquisa é qualitativa, buscando compreender e classificar os fenômenos

vivenciados nos grupos. Conforme Diehl (2004)<sup>2</sup> a pesquisa qualitativa possibilita um entendimento variado das particularidades e características de determinados grupos ao qual se propõe investigar. Os dados coletados foram interpretados e unificados para uma compreensão global do fenômeno estudado.

### 3. DESENVOLVIMENTO

#### Histórico da Psicologia Hospitalar no Brasil

Para iniciarmos nossa discussão, faz-se necessário compreender o caminho percorrido pela psicologia e os desafios enfrentados até o desenvolvimento da psicologia hospitalar como campo de atuação do profissional psicólogo. Historicamente, a atuação do psicólogo no Brasil foi consolidada primeiramente na esfera privada, tendo o modelo clínico e a psicoterapia como o principal instrumento para o trabalho. Esta realidade foi sendo modificada a partir da década de 80, onde a saúde tornou-se outra possibilidade de atuação deste profissional<sup>3</sup>. Pouco antes desse período, especificamente na década de 60, a psicologia na área pública voltava-se apenas para a saúde mental, com o enfoque clínico e avaliação psicodiagnóstica em hospitais psiquiátricos. A inserção da psicologia nos hospitais gerais iniciou-se entre os anos de 1954 e 1957, através da implantação do serviço de psicologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Foram através de movimentos sociais, realizados por diversas categorias profissionais e pela comunidade, possibilitadas discussões públicas e democráticas a respeito da situação precária da saúde e da assistência no país, estas ocorreram nas Conferências Nacionais de Saúde dos anos 1986, 1992 e de 1996, e nas Conferências Nacionais de Saúde Mental de 1987 e 1992. Leão-Machado (2016)<sup>4</sup> aponta que, após a ditadura militar, com o retorno da democracia, foram sendo criados novos sistemas de assistência à saúde, porém, somente para trabalhadores ativos.

As autoras Marcon, Luna e Lisbôa (2004)<sup>3</sup>, explicam que foi a partir da mobilização política nacional e das conferências citadas, que o governo brasileiro elaborou e implantou um conjunto de ações a partir da década de 70. A primeira destas ações voltou-se à implantação da saúde primária. A segunda ação refenciou a criação de uma rede interligada de assistência, composta por unidades básicas de saúde, ambulatórios e hospitais gerais e especializados. A terceira instituiu a criação e implantação de um novo modelo de atenção à saúde, que solidificou administrativa e politicamente às ações anteriores, foi denominado Sistema Único de Saúde.

Foi neste cenário que a psicologia se solidificou na área da saúde pública, permitindo a inserção do psicólogo na assistência básica à saúde, fortalecendo seu trabalho também na saúde mental. Os espaços ocupados pelos

psicólogos foram as unidades básicas de saúde, os hospitais gerais e especializados, os hospitais psiquiátricos e os ambulatórios, diferenciando-se da atuação privada e elitizada, levando a psicologia ao acesso de toda a sociedade<sup>3</sup>. Porém, esta inserção foi complicada, pois, além da resistência dos demais profissionais, havia também a carência de embasamento teórico-prático para esta nova atuação.

Angerami-Camon (2004)<sup>5</sup>, corrobora com esta afirmação, e aponta que o campo hospitalar é visto como polêmica dentro da psicologia, pois a formação acadêmica é falha em relação à subsídios que embasem a prática institucional e seu instrumental teórico, é baseado em outros modelos de atuação que são insuficientes para atuação nesta realidade. Segundo Chiattonne (2000)<sup>6</sup>, a psicologia hospitalar, visando consolidar-se como especialidade, empresta saberes e recursos teóricos e metodológicos das áreas de medicina, biologia, filosofia e sociologia.

Aparentemente, esses saberes deveriam favorecer o crescimento da psicologia hospitalar, pois, apresentaram-se de forma mais refinada e organizada, constituídos sobre teses bem desenvolvidas e apresentam exatidão maior do que as teses psicológicas, que se utiliza de conceitos criados recentemente e pouco sistematizados. Porém, o empréstimo de outros saberes pode oferecer riscos a práxis do psicólogo hospitalar, sendo que ao emprestar os saberes é possível que ocorra uma internalização desse outro saber, fazendo com que haja um distanciamento da própria psicologia, e assim, descaracterizando-a como profissão<sup>6</sup>.

Esta metabolização de saberes acaba demonstrando a ausência de um corpo teórico definido em psicologia hospitalar, e dificultando o confronto de conhecimento entre o saber psicológico e a área afim, criando critérios avaliativos sem aprofundamento epistêmico. O empréstimo desses saberes pode não ser tão eficaz, pois muitas vezes não atende às especificidades da psicologia no contexto hospitalar, causando confusão e fragmentação do saber psicológico<sup>6</sup>.

Atualmente, a psicologia hospitalar apresenta-se de forma diversificada, com várias vertentes e domínios, múltiplos recursos metodológicos, várias linguagens e tentativas de fundamentação teórica, através de uma tendência generalizada a publicações. Chiattonne (2000)<sup>6</sup>, afirma que esta constatação permite averiguar as dificuldades na definição de perspectiva teórica, uma separação entre os fundamentos teóricos e práticos e dificuldades na inserção em equipes de saúde. Esta pluralidade de aspectos, dificulta a consolidação da psicologia hospitalar e a definição de uma identidade segura ao psicólogo. Logo verifica-se a necessidade de reconhecimento da diversidade para possibilitar a definição de conteúdos mais claros à área, para tanto faz-se necessário que o psicólogo baseie-se em teorias sólidas a partir de conhe-

cimento aprofundado sobre a área para associar teoria e prática e experiência em trabalho com equipe, pois a psicologia hospitalar obrigatoriamente necessita de informações dos demais profissionais.

### **Campo de atuação do Psicólogo Hospitalar**

No que diz respeito campo de atuação deste profissional, Angerami-Camon (2004)<sup>7</sup>, propõe que, é necessário ao psicólogo ter clara a sua atuação dentro do hospital, e o fato de que o paciente hospitalizado está inserido em um contexto institucional com regras e objetivos específicos, diferente dos pacientes atendidos em consultório. Tendo a minimização do sofrimento oriundo da hospitalização como seu objetivo principal, pois como afirma Chiattonne (2000)<sup>6</sup>, o paciente hospitalizado torna-se psicologicamente frágil, pois defronta-se com questões angustiantes da realidade humana, revelados nos conflitos entre a vida e a morte.

Nesta mesma perspectiva, Almeida e Malagris (2015)<sup>8</sup> entendem que os psicólogos inseridos em instituições de saúde, tem em suas intervenções o objetivo de prevenção, auxílio no manejo e enfrentamento das doenças. O trabalho do psicólogo deve abranger a tríade paciente-família-equipe de saúde. Sendo que o trabalho com o paciente deve levar em conta os aspectos de sua enfermidade, abordados em sua totalidade, compreendendo se os sofrimentos emocionais podem estar agravando o estado de saúde física. Ao trabalhar com a família o psicólogo deve atuar como facilitador e garantir a eles uma comunicação efetiva entre família e equipe médica. Já com a equipe de saúde, o psicólogo deve estar atento e atuar como facilitador do fluxo das emoções e reflexões destes profissionais, detectar focos de estresse e as defesas exacerbadas, pois os mesmos deparam-se frequentemente com o significado de viver e de morrer e com a possibilidade de sua própria finitude.

Assim como a equipe de saúde o psicólogo hospitalar também experimenta angústias e sofrimentos relacionados ao viver e ao morrer e à sua finitude. Diante da formação adquirida, Medeiros e Lustrosa (2011)<sup>9</sup>, apontam que o psicólogo é um profissional privilegiado dentro da equipe de saúde, visto que possui vários recursos para lidar com tais questões. Deve aproveitar das supervisões de casos, a literatura e a psicoterapia para prepará-lo para lidar com o impacto da morte em sua própria existência, e entender seu significado, assim como a existência e significado da morte em seu contexto de trabalho. É imprescindível que os psicólogos recorram a esses recursos para desenvolverem-se pessoalmente, a fim de lidar com a morte e fim de vida no hospital, sendo que esta é sua demanda profissional.

Mesmo que o psicólogo possua ensinamentos e conhecimentos teóricos, é possível que se sinta incapaz de atuar diante deste sofrimento humano e institucionalizado. Percebe com a dor dos pacientes, com a angústia e

com a realidade, que aprende a lidar também com sua dor, e diante do sofrimento, se assemelha ao seu paciente em uma condição humana. Segundo Angerami-Camon (2004)<sup>7</sup>, o hospital permite que a psicologia descubra a dimensão real da dor humana, e é neste caminho que a psicologia hospitalar tem desempenhos mais humanos e verdadeiros.

Este processo remete o psicólogo à uma relação de identificação junto a seu paciente, podendo pautar-se em um movimento entre a onipotência e a impotência diante da dor, do sofrimento e a possibilidade de ajuda. Quando o psicólogo se sente impotente em acabar com a dor e o sofrimento do paciente, vivencia uma paralização que impossibilita qualquer ação de ajuda efetiva ao paciente<sup>9</sup>.

Este movimento pode despertar no psicólogo, sentimento de frustração e de ineficácia quanto ao seu trabalho. Segundo Medeiros e Lustrosa (2011)<sup>9</sup>, muitos profissionais, a fim de evitarem as sensações e sentimentos de fracasso, recorrem ao movimento oposto, na necessidade de se fazer algo para diminuir as dores e sofrimentos, tanto de si próprio quanto do paciente, estabelece então, inconscientemente, o contrato onipotente, onde o psicólogo passa a ter a missão de salvar o paciente da dor, e livrar dele toda angústia e sofrimento. Quando isto acontece, estruturam-se defesas que impossibilitam vislumbrar o real desejo do paciente em seu próprio processo, perde-se a subjetividade e o caráter simbólico do tratamento, tornando o paciente um ser objetivado.

Algumas características são listadas por Medeiros e Lustrosa (2011)<sup>9</sup>, como necessárias a este profissional, sendo elas a disponibilidade para a tarefa, perseverança, dedicação e certeza de que poderá ajudar. Além disso Angerami-Camon (2004)<sup>7</sup>, afirma que é preciso que o psicólogo compreenda que a psicologia hospitalar e a psicoterapia têm como instrumental teórico, bases da área clínica, porém há algumas divergências que delimitam a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, e também questões que tornam inadequada a intenção dos profissionais de definirem a atuação no hospital como sendo prática psicoterápica, mesmo que sendo realizada no âmbito institucional.

Faz-se necessário apresentar as principais diferenças e possibilidades entre tais práticas, pois ambas possuem características singulares. A psicoterapia tem como principal objetivo, o autoconhecimento, auto crescimento e melhora que alguns sintomas, e é o próprio paciente quem à busca a partir de uma mobilização interior. Os objetivos à serem alcançados são os mesmos, independentemente da orientação ou abordagem teórica. A psicoterapia é envolvida por um *setting* terapêutico, onde horários e datas, valores e faltas, normas e diretrizes do processo são apresentadas claramente. Neste processo, tanto o psicólogo quanto o paciente estão incluídos em um vínculo formando uma relação. Esse vínculo envolve

o sigilo e privacidade dos conteúdos expressos pelo paciente, sem que haja interferências externas<sup>7</sup>.

Em contraste à psicoterapia, é possível apontar que o atendimento psicológico no hospital não possui um *setting* definido e preciso, pois ao contrário dos consultórios, no hospital os atendimentos são realizados no próprio leito do paciente, muitas vezes são interrompidos, seja para administração de medicamentos, exames, visitas ou rotinas de higiene. Angerami-Camon (2004)<sup>7</sup>, alerta que o psicólogo deve estar ciente dos limites de sua atuação dentro do hospital, respeitando sempre a vontade do paciente de receber ou não o atendimento, mesmo que a equipe o solicite. Dentre os atendimentos prestados pelo psicólogo Chiattoni (2000)<sup>6</sup>, apresenta a psicoterapia breve ou de emergência, sendo esta uma intervenção que busca algum grau de alívio imediato da dor ou perigo ao qual o paciente está exposto. Nestas intervenções o psicólogo pode atuar como ego auxiliar, auxiliando o paciente na compreensão do acontecimento.

Sendo assim, no hospital o psicólogo deve estar disponível tanto pessoal quanto profissionalmente para as mais diversas e possíveis situações do sofrimento humano, assim como também para os casos de perda fetal, levando em consideração a pessoa com um ser global, como apresentaremos a seguir.

### Perda e luto fetal

Segundo documento técnico de orientação à “Gestação de Alto Risco” de 2000, do Ministério da Saúde<sup>10</sup>, é definida como perda ou óbito fetal a morte do feto que ocorre antes da expulsão ou extração, a partir da vigésima segunda semana de gestação. Conforme estatísticas, este não é um evento raro, porém, é passível de controle e tratamento. Em países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade fetal chega a 30 mortes a cada 1.000 nascimentos, cerca de quatro a cinco vezes maior que nos países desenvolvidos.

Segundo Bousso (2011)<sup>11</sup>, o luto é uma reação natural e esperada frente ao rompimento de um vínculo. É o processo de elaboração de uma perda significativa, e isso não se aplica somente aos casos de morte, mas também em situações de privações irreversíveis. Seu significado é determinado de modo individual e subjetivo por quem o vivencia.

Como nos apontam, Lemos e Cunha (2015)<sup>12</sup>, enlutar-se é um processo doloroso, onde ocorrem mudanças das representações vivenciadas em algum momento da vida. Este processo é dinâmico, onde o sujeito abandona alguns esquemas para aprender outros. Neste período o indivíduo confronta-se com sua perda e o significado dela e com as lembranças da pessoa falecida para ser possível adaptar-se à uma nova realidade.

Diante disto é possível entender que após uma perda a pessoa nunca voltará a seu estado anterior, o que ocorre é uma adaptação, ressignificação e transformação da

relação com o objeto perdido. O luto permite à pessoa a incorporação da perda e a possibilidade de continuar a vida a partir de uma nova relação, reinventada, com a pessoa que se foi<sup>12</sup>.

Neste sentido, o luto é consequência de uma experiência que acontece sempre que a nossa vida é afetada pelo término de uma realização, um sonho ou até mesmo um projeto. Ele é dotado de emoções e profunda tristeza, sendo um processo dinâmico, multidimensional e individualizado<sup>11</sup>.

Ante esta afirmação, as autoras Lemos e Cunha (2015)<sup>12</sup>, propõem que o luto é desenvolvido a partir da base psíquica de cada pessoa, pois está relacionado com a personalidade, a história de vida, das perdas anteriores e também com a rede de apoio que cada um dispõe para enfrentar as diferentes situações. Lima e Fortim (2015)<sup>13</sup>, apontam que o estudo do luto não engloba apenas a compreensão de uma perda em específico, mas também a formação dos vínculos, e se faz comum que cada perda traga a lembrança de perdas anteriores. Sendo assim é impossível prever a forma como cada pessoa reagirá diante de alguma perda, pois cada pessoa é única e utiliza de diferentes recursos para enfrentamento de momentos dolorosos.

A morte de um filho antes de seu nascimento, comumente se apresenta como uma grande perda aos pais, porém de forma mais sentida pela mãe, pois a perda é vivenciada em seu corpo, assim como a realização de procedimentos médicos. A partir disto, o psiquismo feminino entra em processo de luto simbólico pelo filho que foi perdido, pelos sonhos, expectativas e planejamentos depositados no nascimento desta criança<sup>12</sup>.

Corroborando com esta compreensão, Lopes e Pinheiros (2013)<sup>13</sup>, quando apontam que mesmo que esta mãe já tenha tido outros filhos ela também sentirá as dores da perda, pois dela foi retirada a possibilidade de ter aquele bebê, não tratava-se de qualquer bebê, mas aquele em especial, visto que cada gestação reserva diferentes sentimentos, fantasias e sonhos que nunca serão os mesmos para todas as outras gestações que esta mãe tiver.

Lima e Fortim (2015)<sup>14</sup>, assinalam que a perda por natimortos pode apresentar-se como um fator de risco para a elaboração do luto, pois são perdas inesperadas, que na maioria das vezes trazem poucas informações sobre as causas da morte e carecem de rituais, porém, estes quando realizados constroem os participantes, então acaba-se deixando de lado o desejo dos pais.

Além da perda e o sofrimento decorrente dela, pode ocorrer o não reconhecimento e não aceitação social do luto fetal, principalmente quando ela acontece nas primeiras semanas da gestação e pouco se visualiza o crescimento da barriga da mãe. Nestes casos não se considera o feto como um bebê, e não são proporcionados espaços de elaboração. É comum que ocorra a desconsideração e minimização da dor presente no luto materno,

com tentativas de convencer a mulher de que ela “logo terá outro filho”, ou de “que foi melhor assim”. Lemos e Cunha (2015)<sup>12</sup>, afirmam que atitudes como estas diminuem o suporte social à mulher e dificultam seu luto.

Isto caracteriza-se como o luto não autorizado, e é possível que exista o entendimento de que por não possuir o filho vivo, logo a mulher não seja considerada uma mãe legítima, mesmo tendo vivido e experienciado a maternidade e a gestação<sup>13</sup>. Silva e Nardi (2011)<sup>15</sup>, apontam que muitas vezes, quando essas mulheres tentam falar sobre o sofrimento decorrente da perda são desencorajadas por tratar-se de um assunto muito triste no qual não deveria ser pensado ou falado.

É possível dizer que a elaboração do luto pela morte de uma criança, antes de seu nascimento, tem uma dinâmica diferente. Isso porque quando morre um bebê, morre também os sonhos e planos que os pais criaram sobre ele<sup>16</sup>. Quanto a isso, Klaus e Kennell (1992)<sup>17</sup> afirmam que o luto por perda fetal é exatamente igual à perda de um adulto querido, ou que ainda represente um processo muito mais difícil, pois se trata da perda de uma parte de si mesmo.

Por conta dos motivos e sentimentos que vão se desenvolvendo durante a gravidez, Duarte e Turato (2009)<sup>16</sup> propõem que a perda de um filho antes de seu nascimento dificulta ou pode até mesmo impossibilitar a capacidade de transcendência das expectativas humanas, pois existe a ruptura das esperas que foram depositadas neste projeto particular. Além disso a perda do filho afeta a autoestima da mulher, podendo causar sentimentos de incapacidade, medos e insegurança de uma nova gestação<sup>12</sup>.

Durante a gestação, essa mãe foi construindo delicadamente uma nova identidade, a de mulher grávida, que a partir da perda sofre uma brusca interrupção. Alguns sentimentos de incapacidade e impotência podem causar grande impacto em sua feminilidade<sup>16</sup>. Para os autores, além da identidade da mulher grávida, os sonhos da maternidade e os desejos atribuídos a essa criança também são rompidos diante da perda.

É esperado que, no processo de luto, a paciente passe por momentos de hostilidade e agressividade direcionados ao seu meio, como a Deus, a seus familiares e também aos profissionais que a cuidam. Esses sentimentos predominam diante da possibilidade de perda de sua identidade e integridade física<sup>18</sup>.

### **Sentimentos e desejos projetados na gestação**

Para compreendermos os sentimentos vivenciados por mulheres diante do luto fetal, faz-se necessário entender como se dá a relação entre os pais como um casal, e, a relação que estes estabelecem com a criança antes de seu nascimento.

Antes de o casal descobrir a gravidez, este passa por um processo de imaginação quanto ao filho e quanto ao

fato de serem pais, o que é esperado de um filho e também o que é esperado deles como pais. Maldonado, Nahoum e Dickstein (1979)<sup>19</sup>, afirmam que esse processo nem sempre é claramente pensado e discutido, porém, existe e se faz muito importante.

Neste sentido, é possível afirmar que o relacionamento entre os pais e o bebê se inicia antes mesmo da fecundação. Essa relação aparece já nas brincadeiras da infância, quando a menina e o menino brincam de ser mãe e pai com as bonecas, dando “comidinha”, trocando fraldas, dando banho. Quando já na adolescência, meninas quando veem mulheres passeando com bebês, podem imaginar-se também nessa mesma situação, ou até mesmo em um desentendimento com os pais, prometendo a si mesmos que criarão seus filhos de forma diferente. É a partir dessas situações que Maldonado, Nahoum e Dickstein (1979)<sup>19</sup>, propõem o desenvolvimento de uma ligação com o filho antes de sua concepção.

Com efeito, Szejer e Stewart (1997)<sup>20</sup> afirmam que, a partir do desejo de um homem e de uma mulher é que nascerá um terceiro desejo, e neste estará presente o filho. Ou seja, para que ocorra o nascimento é necessário que sejam três, isso quer dizer o pai, a mãe e o filho. O encontro dos dois desejos fará nascer um projeto, sendo este consciente ou não, fará parte da pré-história do filho.

Este desejo pode estar ligado à promessa de perpetuação e continuidade da existência de seus pais; pode aparecer como uma oportunidade de enriquecer e dar novos significados para a vida e o vínculo do casal. Por vezes, é esperado pelos pais, que ao crescer, o filho realize seus desejos e sonhos que não foram possíveis satisfazer. Além disso, o filho também pode ser desejado como uma forma de preencher vazios de nossa própria vida, servindo como companhia e para evitar sentimentos de solidão<sup>19</sup>.

Szejer e Stewart (1997)<sup>20</sup> afirmam que, antes da chegada do filho existe um projeto de serem pais, no qual o homem e a mulher se projetam no futuro como pai e mãe desse filho, e criam expectativas a respeito dessa nova função. Partilham desse entendimento Maldonado, Nahoum e Dickstein (1979)<sup>19</sup>, quando afirmam que podem existir cobranças no sentido de não errar na criação desse bebê, o desejo de que a gravidez e o parto sejam perfeitos, que o bebê não reclame e que esta não seja uma criança desobediente. Em outras vezes, é pretendido compensar no filho tudo o que os pais julgam como errado em sua criação e, por vezes, tendem a repetir o que julgam ter dado certo em sua educação. É a partir do descobrimento da gravidez que o vínculo entre homem e mulher se estende a outro ser, o filho.

Nesse momento, o homem e a mulher deixam de ser filhos para se tornarem pais, de modo que essa transição é dotada de anseios e temores. A gravidez e suas reper-

cussões são vivenciadas de forma diferente entre o homem e a mulher, isto porque a mãe é quem sente o filho crescer dentro de si, dará à luz, irá amamentá-lo e estabelecer o vínculo primordial com esse bebê. Nesse sentido, a gravidez pode ser experimentada com mais intensidade pela mulher<sup>19</sup>. É importante entendermos a partir de quais significados, expectativas e sonhos uma nova vida é gerada, para entender também o significado e a dor da possível perda para esta mulher. E a partir daí viabilizar um atendimento acolhedor e humano, pautado na necessidade e história de cada mulher.

### **Estratégias de acolhimento e intervenção às mulheres em situação de perda fetal**

A respeito do luto fetal, Muza *et.al* (2013)<sup>21</sup> afirmam que é de fundamental importância que os pais que perderam seus bebês tomem ciência da situação que estão experimentando. É necessário propiciar a essa mãe e a esse pai um espaço de fala, para que mesmo em um momento de choque, estes possam assimilar e aos poucos ressignificar o fato ocorrido.

Para isto tornar-se possível é necessário que haja o reconhecimento da perda e do luto fetal por parte dos familiares e da equipe de saúde, para fornecer o apoio necessário e contribuir para a expressão das angústias, medos, tristezas e sentimentos vivenciados pela mulher enlutada. Ter um profissional de saúde atento e disponível à escuta desta mãe que perde seu bebê e vivencia tais sentimentos, constitui-se em uma assistência humanizada, e esta não deve estar preocupada apenas quanto à dor física decorrente dos procedimentos médicos, mas também ser presente o acolhimento da dor psicológica, essencial para a elaboração do luto<sup>12</sup>.

A apropriação da realidade desta perda pode se dar através do movimento de olhar esse bebê, se possível tocá-lo, senti-lo e enxergá-lo como um ser que existiu. Klaus e Kennell (1992)<sup>17</sup>, afirmam que essa experiência pode ser dolorosa para os pais, porém, é através dela que se marca a realidade da perda.

Nesse sentido, é importante que a mãe desse bebê possa expressar os sentimentos quanto à perda deste. É proposto por Duarte e Turato (2009)<sup>16</sup> que os pais participem dos rituais de despedida desta criança, para que a elaboração dos sentimentos relacionados ao luto aconteça adequadamente. Muza *et.al* (2013)<sup>21</sup> concordam que os rituais fúnebres auxiliam no processo de luto, pois estes são centrados na aceitação e permitem que as pessoas se despeçam, bem como que o enlutado seja respeitado e aceito como tal.

É necessário que a equipe hospitalar conheça os aspectos a serem enfrentados nessas situações, para que prestem o auxílio e o melhor acompanhamento a esses enlutados, uma vez que o apoio psicossocial e profissional é fundamental para o paciente, pois segundo os valores que envolvem nossa sociedade, a morte é permeada

por preconceitos e estigmas que envolvem elementos ameaçadores e persecutórios ao mesmo<sup>18</sup>.

Partilham deste entendimento Lemos e Cunha (2015)<sup>12</sup>, quando propõe que o apoio e suporte familiar e da equipe de saúde são fundamentais, pois a demonstração da preocupação e apoio neste momento de desamparo auxilia a mulher para um equilíbrio emocional.

Em seu artigo Muza *et.al* (2013)<sup>21</sup> propõem que, muitas vezes, cabe ao psicólogo hospitalar a função de auxiliar na apreensão da realidade vivenciada, propiciando um espaço de expressão não só da dor, mas dos diversos sentimentos que são despertados, através de sua escuta e de grupos de reflexão de pais que também perderam seus bebês. Podendo auxiliar também no sentido de sensibilizar a equipe, trabalhando em parceria e com orientações em momentos delicados<sup>12</sup>.

Lima e Fortim (2015)<sup>13</sup>, apresentam em seu artigo, a escrita como um recurso auxiliar no processo de luto, pois nesses momentos o silêncio pode ser profundo. Segundo as autoras, a escrita permite à esta mãe organizar a expressão emocional do que foi vivido, promovendo saúde. Muitas delas intitulam-se “mães de anjos”, e na internet, com a escrita em “blogs”, acabam encontrando um suporte social e aceitação da dor pela troca de experiências com outras mulheres que serão empáticas com seu sofrimento ou àquelas que também perderam seus bebês.

Dessa forma podemos compreender que assim como a fala, a escrita também permite a ressignificação do evento traumático. Não apenas pela descrição da experiência, mas sim pela tentativa de constante elaboração, não somente para repetir a situação dolorosa mas para poder transformá-la aos poucos em algo novo<sup>13</sup>.

Lima e Fortim (2015)<sup>13</sup>, destacam que a perda de um filho com o qual se foi possível conviver existem fotos para lembrá-lo, momentos construídos ao longo do tempo que se passaram juntos. Já no caso das mães de natimortos a única lembrança que possuem é a experiência vivenciada em si mesmas durante a gravidez, o registro da própria memória que pode ser transmitida aos outros apenas por seus relatos. Deixar de escrever poderia legitimar o esquecimento, e aceitar como os outros que estão a sua volta, que este filho jamais existiu. Escrever é uma forma de tornar viva a lembrança desta pequena vida que existiu por pouco tempo, mas que foi sentida e que não pode ser negada.

A partir do exposto é possível compreender que a escrita pode atuar como recurso terapêutico pois visa tornar viva a lembrança do filho que existiu. As mães de natimortos são consideradas mães de anjos, e com esta nomenclatura conseguem através da internet apoio e aceitação de seu luto. Outra alternativa possível, pode ser o engajamento à ONG's de apoio a mães que perderam seus bebês. Aqui citaremos como exemplo a ONG Amada Helena, que tem como objetivo apoiar as mães

que perderam seus bebês, lutando também pela humanização do luto materno. A ONG foi fundada em 2012, após a perda de Helena aos seus 17 dias de vida. Sua mãe Tatiana mobilizada pela dor encontrou forças para este projeto alertando sobre a falta de leitos em UTIS neonatais.

No ano de 2016, com o apoio de vários profissionais, a ONG Amada Helena publicou a Cartilha de Orientação ao Luto Materno, Mães de Anjo, pelo direito de sentir<sup>23</sup>. A cartilha serve como um manual aos familiares e as pessoas próximas à mãe que perde seu bebê, auxiliando no acolhimento e principalmente da aceitação do luto dessa mulher. Ao final da cartilha são apresentados grupos de apoio e ajuda mútua e aconselhamento online e presenciais, dentre eles consideramos importante citar: AMA, Apoia às Mães de Anjos; Associação solidários na dor do luto; Casa Gestar: acolhimento em movimento de colo vazio; Do luto à luta: apoio à perda gestacional; Grupo Sobreviver: apoio à perda gestacional ou do recém-nascido; Instituto Entrelaços de Psicologia; Quatro Estações: Instituto de Psicologia.

Com o apoio de profissionais da psicologia, a ONG Amada Helena realizou o primeiro encontro “Dia das Mães de Anjo” a nível municipal em 2015, na cidade de Gravataí-RS, na assembleia legislativa da cidade, em 2016 o encontro foi a nível estadual, uma homenagem às mães que persistem em lutar por suas vidas após a perda. O dia 15 de outubro é marcado como dia de lembrar da perda gestacional, neonatal e infantil.

A partir deste movimento muitas mulheres podem ser beneficiadas, acolhidas e respeitadas em sua dor, a criação de laços e relações com mães que também passaram por esta perda, pode auxiliar no processo de elaboração do luto e ressignificação dos significados para cada uma.

## 5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, podemos concluir que a psicologia, no decorrer de seu desenvolvimento histórico aproximou-se aos poucos da comunidade, através da atuação de psicólogos na atenção primária, diferenciando-se da atuação antes privada e elitizada. Aos poucos tal ciência foi solidificando-se na área da saúde e adentrando às instituições hospitalares.

Como afirma Angerami-Camon (2004)<sup>5</sup>, a atuação do psicólogo hospitalar tem como principal objetivo, minimizar os sofrimentos do paciente, gerados pela hospitalização, pois este é muitas vezes um momento novo, com rotinas e normas diferentes para quem o vivencia.

No exercício de suas atividades o psicólogo hospitalar auxilia o paciente, família e equipe de saúde a vivenciarem seus sofrimentos, acolhendo e proporcionando escuta neste momento de medo, dor, angústias e sofrimentos. Por ser um profissional que possui formação para lidar com o sofrimento psíquico, o psicólogo dentro

do hospital possui um olhar diferente sobre aquele sujeito que adocece, levando em consideração os aspectos subjetivos de sua existência para compreender o significado da hospitalização naquele momento de vida. Diferenciando-se das profissões da área médica que visam a manutenção da saúde física, o psicólogo hospitalar busca o bem-estar psíquico que em algumas vezes pode influenciar o físico.

É necessária esta compreensão pois cada pessoa, de forma singular significa suas vivências e experiências, e conforme abordado a perda de um filho antes do nascimento é vivenciada com muita dor e pesar por seus pais, principalmente pela mãe que carrega e perde de dentro de si uma parte, seu filho, e que muitas vezes esta perda e luto não são aceitos. A principal atuação do psicólogo nestas situações é o acolhimento e aceitação total da dor desta mãe, de forma empática e humanizada. A psicoterapia breve ou de emergência busca algum grau de alívio da dor de forma imediata, o psicólogo serve como ego auxiliar na compreensão do ocorrido<sup>6</sup>.

Concordamos com Lima e Fortim (2015)<sup>13</sup>, que a perda do filho que ainda não nasceu envolve um fator de risco para elaboração do luto, visto que perdas inesperadas trazem poucas informações e muita dor. É difícil aceitar que um filho morreu antes de ter nascido, pode até impossibilitar as perspectivas e transcendências da vida, pois naquele bebê que era gerado foram depositados sonhos, planos, expectativas que abruptamente foram rompidos, sem ter a possibilidade de conhecê-lo, tê-lo nos braços e experimentar sua vida fora do ventre materno.

É de suma importância que os profissionais que atendam mães nestas condições possam acolher e proceder de forma humanizada, entender que estas passam por um forte momento de angústia e dor, possibilitar a elas espaço para expressão dos sentimentos, aceitar que o bebê existiu e ainda existirá na vida e memória desta mãe. Conforme descrito, faz-se necessário que os pais possam, se assim desejarem, ter um momento para vivenciar, tocar, enxergar este filho, pois assim marca-se a realidade da perda, este momento pode ser proporcionado e acompanhado pelo psicólogo hospitalar.

A atuação com esta família enlutada pode ser de acolhimento, aconselhamento, grupo de pais que perderam seus bebês, como forma de possibilitar a ressignificação da perda, estabelecendo um vínculo e um novo sentido com o bebê que se foi. Escrever sobre a experiência vivenciada, pode atuar como recurso terapêutico, pois visa manter viva a lembrança e aceitação do bebê que existiu mesmo sem poder ter nascido<sup>13</sup>.

Faz-se necessário apontar que o trabalho do psicólogo com a equipe de saúde, é também um ponto importante, pois no decorrer das atividades muitos profissionais acabam se naturalizando com os procedimentos e rotinas. Auxiliá-los a desenvolver um olhar empático e

humano é de grande valia a todos os integrantes da equipe, acolhe-los também em momentos de fragilidade faz parte do processo de humanização dentro do hospital.

## REFERÊNCIAS

- [01] Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- [02] Diehl AA. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- [03] Marcon C, Luna IJ, Lisboa ML. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. *Psicologia e profissão*, v. 24, n. 1, p. 28-35, 2004.
- [04] Leão-Machado FC. Humanização como dimensão do trabalho em saúde: sentidos construídos com profissionais e usuários na atenção básica. Maringá, 2016. 107f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá.
- [05] Angerami-Camon VA. Sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. Tendências em psicologia hospitalar. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- [06] Chiattone HBC. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000.
- [07] Angerami-Camon VA. O Psicólogo No Hospital. In: Angerami-Camon, V. A. Tendências em psicologia hospitalar. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- [08] Almeida RA, Malagris LEN. Psicólogo da saúde no hospital geral: um estudo sobre a atividade e a formação do psicólogo hospitalar no Brasil. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 35, n. 3, p. 754-767, 2015.
- [09] Medeiros LA, Lustrosa MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista brasileira de psicologia hospitalar*, v. 14, n. 2, p. 203-227, jul/dez 2011.
- [10] Brasil. Gestação de alto risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas,  rea Técnica da Saúde da Mulher. Brasília, 2000.
- [11] Bousso RS. A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta Paul Enferm*, v. 24, n. 3, 2011.
- [12] Lemos LFS, Cunha ACB. Concep es sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.
- [13] Lima S, Fortim I. A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimortos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 18, n. 4, p. 771-788, dez/2015.
- [14] Lopes CMB, Pinheiro NNB. Notas sobre algumas implica es psíquicas da desconstru o da maternidade no processo de luto: Um caso de nascimento-morte. *Estilos da Clínica*, v.18, n. 2, p. 358-371, mai/ago 2013.
- [15] Silva ACO, Nardi A. E. Terapia cognitivista-comportamental para perda gestacional: resultados da utiliza o de um protocolo terapêutico para luto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 38, n. 3, p. 122-124, 2011.
- [16] Duarte CAM, Turato ER. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 2, p. 485-490 Jul/Set. 2009.
- [17] Kennell JH, Klaus MHT. Atendimento aos pais de um natimorto ou de um beb  que morre. In: Klaus, M.H.T.; Kennell, J.H. Pais/bebês: a forma o do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- [18] Oliveira EA, Santos MA, Mastropietro AP. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 2, p. 235-244, Abr/Jun. 2010.
- [19] Maldonado MT, Nahoum JC, Dickstein J. Nós estamos grávidos. Rio de Janeiro: Bloch, 1979.
- [20] Szejer M, Stewart R. Nove meses na vida da mulher: uma aproxima o psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997..
- [21] Muza JC, Sousa EM, Arrais AR, Iaconelli V. Quando a morte visita a maternidade: aten o psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática*, v. 15, n. 3, p. 34-48, Set/Dez. 2013.
- [22] Cartilha de Orienta o ao luto materno, mães de anjo, pelo direito de sentir. ONG Amada Helena, 2016.