

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

ALINE PERIN FERRARO

**O SOFRIMENTO PSÍQUICO E SUAS IMPLICAÇÕES DIANTE DA
PERDA GESTACIONAL**

MARÍLIA
2019

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

ALINE PERIN FERRARO

**O SOFRIMENTO PSÍQUICO E SUAS IMPLICAÇÕES DIANTE DA
PERDA GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES, elaborado na Faculdade de Medicina de Marília, em Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Prof.^a Noemi Peres Honorato.

Área: Psicologia Hospitalar.

MARÍLIA
2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília.

F376s Ferraro, Aline Perin.

O sofrimento psíquico e suas implicações diante da perda gestacional / Aline Perin Ferraro. – Marília, 2019.
39 f.

Orientadora: Profa. Noemi Peres Honorato.

Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Aprimoramento Profissional) – Secretaria de Estado da Saúde, elaborado na Faculdade de Medicina de Marília.

Área: Psicologia hospitalar.

1. Gravidez de alto risco. 2. Luto. 3. Psicanálise. 4. Equipe de assistência ao paciente.

Aline Perin Ferraro

O Sofrimento psíquico e suas implicações diante da perda gestacional

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES, elaborado na Faculdade de Medicina de Marília, em Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Prof.^a Noemi Peres Honorato.

Área: Psicologia Hospitalar.

Comissão de Aprovação:

Profa.Me. Noemi Peres Honorato
Supervisor/Orientador - Famema

Profa.Me. Noemi Peres Honorato
Coordenadora PAP (SES/) – Famema-
Psicologia Hospitalar

Profa. Dra. Roseli Vernasque Bettini
Coordenador PAP (SES/) - Famema

Data de aprovação: _____

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que vivenciaram a perda gestacional, em especial aquelas que foram fonte de inspiração para a realização da pesquisa durante minha permanência no Hospital Materno-Infantil.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos meus pais Cida e Eli, pela vida, amor, dedicação e incentivo para buscar minha independência por meio de muito estudo e trabalho. Pelo esforço e sacrifícios para que pudesse ter o privilégio de realizar meus sonhos, por acreditarem no meu potencial para a concretização do mesmo. Por sempre respeitarem as minhas escolhas pessoais e profissionais e oferecerem um ambiente seguro e acolhedor para que pudesse voltar sempre que necessário.

As minhas irmãs Karina e Ana Carolina que sempre foram fonte de inspiração para continuar investindo na minha formação profissional, por me ensinarem a pensar criticamente e pelo exemplo de mulheres independentes que lutam pelos seus objetivos.

A Fernanda que esteve ao meu lado durante todo esse tempo e me auxiliou nessa caminhada, por sempre acolher minhas alegrias e frustrações tornando mais suaves, pelas conversas de apoio diário, pela paciência e amor dedicados ao longo da minha jornada.

A minha orientadora Me. Noemi Peres Honorato pela confiança e aprendizagem durante a construção desse trabalho por meio das cuidadosas leituras e orientações. Por compartilhar seus conhecimentos, assim como seus projetos permeados de sensibilidade e pela generosidade ao ensinar.

A Gabriela Disner pela amizade e incentivo para que realizasse minha inscrição, por acreditar na minha capacidade e ser a responsável por me apresentar a área hospitalar por meio das longas conversas e troca de experiência.

Aos Profissionais de Psicologia do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), Maria Angélica por acolher minhas angústias e frustrações. Pelo carinho, cuidado e incentivo na escolha do tema do trabalho de conclusão de curso e pelo conhecimento compartilhado de maneira afetuosa.

Aquiles Pereira e Anaí Ramos pelos momentos compartilhados, acolhimento e conversas de apoio, por dividirem comigo seus conhecimentos me dando suporte para uma aprendizagem com mais sentido e significado.

Á Silvana Cantu pelo carinho e acolhimento em momento de angústia, pelo conhecimento compartilhado durante meu período no Hemocentro.

Á Natália Dias, Priscila Marchioni, Francelle Casagrande, Milla Bernal e Heraldo Camiles que contribuíram para meu aprendizado no âmbito profissional e pessoal.

Á Camila Mugnai Vieira, Roseli Bettini Vernasque e Olga Angeli pelos encontros e disponibilidade na troca de experiência durante esse ano.

Aos colegas aprimorandos e residentes: Beatriz Souza e Natalia Takaoka pelos momentos que vivenciamos durante esse ano, pelas conversas, apoio e experiência compartilhada. Á Ana Luiza, Igor, Liesly, e todas as biomédicas da hemoterapia por dividirem comigo as alegrias e tristezas do aprimoramento.

Á Camila, Angélica, Paula, Luana, Elizabeth, Stephanie, Bruna, Ellen por me apresentarem o verdadeiro sentido da palavra multiprofissional.

Á Carla, Leonardo, Tatiane pela possibilidade de conhecer profissionais sensíveis e preocupados com a integralidade no cuidado com os pacientes. Agradeço por tornarem mais fácil meu conhecimento na área biológica.

A bibliotecária Claudia, pelo auxílio e por facilitar a busca para a realização da pesquisa, pelas conversas permeadas de carinho e incentivo, por ser um exemplo de profissional dedicada e que ama o que faz.

Ao Vitor Ramos por dividir comigo o interesse na área hospitalar e pelas conversas sobre a vida, angústias e descobertas.

Às equipes do Hospital Materno Infantil, em especial a Débora, Kassia, Luciana e Emico. A equipe do Hospital das Clínicas em especial a Alan, Roberta, Carol.

Aos profissionais da Oncoclínica, em especial a Paulinho e Elaine pelos momentos divertidos e alegres vivenciados em um ambiente permeado por sofrimento e fragilidade.

A toda equipe do Hemocentro em especial a Silvana e Marlene por compartilharem seus conhecimentos e aprendizagens durante esse ano, e a todos os profissionais que tive a oportunidade de conhecer por se dedicarem aos cuidados dos pacientes com carinho, respeito e dedicação.

A todos os pacientes que compartilharam comigo suas tristezas, sofrimentos, angústias e me emocionaram com seus relatos de vida, superação, sabedoria e aprendizagens. Nesse sentido, propiciaram reflexão sobre o verdadeiro sentido da vida, morte, adoecimento e separação permitindo a realização do meu trabalho com afeto, dedicação e motivação.

A minha psicóloga Adieli Bonassa pelo acompanhamento durante esse ano, por tornar mais suave minhas angústias e pelo auxílio na compreensão das minhas fragilidades e frustrações, fazendo possível dar sentido e resignificar meus sentimentos em busca do autoconhecimento.

"Uma escrita nunca é um exercício que se faz só, mas que nasce a partir de encontros, estudos e pesquisas. Uma escrita é um fruto de um trabalho coletivo com significações explícitas e implícitas de inúmeros profissionais que conosco trabalham, estudam e compartilham o existir no mundo." (autor desconhecido)

Desta forma, deixo registrado meu agradecimento a todos que participaram ao longo desse ano para meu desenvolvimento pessoal e profissional, meu respeito, admiração e amor.

Saber Viver

Não sei se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,

É o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela

Não seja nem curta,

Nem longa demais,

Mas que seja intensa,

Verdadeira, pura...

Enquanto durar.

(Cora Coralina)

RESUMO

O presente estudo trata o tema de luto materno diante da perda gestacional. Essa pesquisa objetiva-se a explorar o luto materno diante da gestação de alto risco após a perda gestacional, considerando a construção social da maternidade, o processo de luto e atuação da equipe de saúde para a elaboração da perda. De acordo com o estudo bibliográfico desenvolvido foi possível mostrar que a perda gestacional é compreendida como uma experiência de mudanças físicas, sociais e psicológicas para a gestante de alto risco com uma interrupção abrupta do vínculo mãe-bebê. A partir disso, o casal e familiares vivenciam um processo de luto que tende a ser subestimado culturalmente e socialmente necessitando de uma intervenção por parte da equipe de saúde. Para o embasamento teórico se utilizou a abordagem psicanalítica que aborda a relação mãe-bebê estabelecida pelo objeto de desejo da mãe e faz emergir sentimentos ambivalentes que envolvem conflitos de perdas corporais e simbólicas. O método utilizado foi à revisão bibliográfica por meio de pesquisa e análise de contribuições científicas referentes ao tema. Por fim, a pesquisa constatou que diante da perda constitui-se uma trajetória de sofrimento e dor com inúmeras reações emocionais permeadas de percepções e significados como frustrações, incapacidade, culpa, tristeza. Desta forma, buscam-se práticas assistenciais que privilegiem a escuta, para um suporte familiar por parte da equipe de saúde como essencial para auxiliar na elaboração e ressignificação da vida após a perda gestacional.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco. Luto. Psicanálise. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

The present research is about a study of the maternal grief as a result of gestational loss. This research focus on explore the maternal grief thus a high-risk pregnancy after the gestational loss, considering the maternity social construction, the mourning process and the health team performance in the loss preparation. According with the bibliography, it is possible show that the gestational loss is understood as physical, social and psychological change experience for the high-risk pregnancy with sudden interruption of the baby/mom link. From that, the couple and their relatives experience a mourning process which tends to be culturally and socially underestimated, demanding intervention from the health team. For the theoretical base, was used the psychoanalytic approach that addresses the mother/baby relation, established by the mother's desire's object which concentrates all of her investiment and makes emerge a serie of ambivalences. Which involve corporal and symbolic loss conflict. The used method was the bibliographical review by research and scientific contribution analysis on the subject. Lately, the research verified that in face of that loss it is constituted a suffering and pain trajectory with several emotional reactions permeated by perseptions and meanings like frustration, inability, guilt and sadness. Thus, they seek to care practice which priorize the listening, for a familiar support by the health team as essential to help in the elaboration and resignification of the life after gestational loss.

Key-words: High-risk pregnancy. Mourning. Psychoanalysis. Patient care team.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3	MÉTODO.....	16
4	DESENVOLVIMENTO.....	17
4.1	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.....	17
4.2	A Identidade materna no processo de gestação de alto risco.....	20
4.3	O processo de luto no período gestacional.....	23
4.4	A Equipe de Saúde diante da perda fetal.....	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de suas Políticas Públicas de Atenção Integral a Saúde Materno Infantil promove o atendimento as mulheres no momento gravídico-puerperal para estabelecer a prevenção contra a morbimortalidade perinatal evidenciando a importância da equipe multidisciplinar na área materno-infantil.

Apesar dos avanços no desenvolvimento das políticas públicas de saúde na área da obstetrícia no que se refere à diminuição da mortalidade perinatal, existem números divulgados que contam com uma porcentagem elevada de perdas gestacionais.

Entendemos que a perda de um bebê está relacionada a vários sentimentos e emoções que vão estar presentes na vida da mulher por um longo período. Ser mãe em nossa sociedade é algo valorizado pelo fato de conceber, dar vida ao um ser, considerado em cada civilização de maneira distinta. A forma de vivenciar a maternidade está associada às características pessoais e determinada pela cultura que cada mulher está inserida (ANDRADE; MISHIMA-GOMES; BARBIERI,2017).

Em decorrência disso é entendida como uma fase de transformação permeada por fatores sociais, psicológicos e biológicos, isso implica uma mudança em sua identidade e relacionamento interpessoal adquirida durante esse período. Nesse contexto os aspectos emocionais durante a perda da gravidez estão vinculados pelo investimento materno depositado no feto.

A perda desse feto está associada à perda de um planejamento de vida, interrompendo um momento de plenitude vivenciado durante uma gravidez, assim como uma ruptura do andamento normal do ciclo vital. Conhecer os aspectos psicológicos relacionados a essa perda passa a ter importância fundamental para uma assistência a mulheres que passam por essa experiência, assim como o homem e seus familiares.

A concretização de um sonho torna-se algo abruptamente perdido fazendo com que os pais não tenham tempo de preparar-se para a mudança provocada pela perda. Assim lidar com essa situação torna-se complexo exigindo a emergência de angústia de morte em um momento de encontro com uma nova vida, envolvendo sentimentos de angústia e culpabilidade.

A perda de uma gravidez implica várias perdas como a da maternidade, autoestima, da pessoa amada, estatuto social e de um futuro antecipado imaginado, envolvendo momentos de grande fragilidade psicoemocional (AGUIAR; ZORNIG, 2016).

Em relação à perda, existem três tipos entre elas: a perda gestacional precoce; perda gestacional tardia e a morte neonatal. Os sentimentos mais comuns despertados são frustração, tristeza, desapontamento, raiva, culpabilização, ambivalência, ansiedade e vergonha. Além da perda, a adaptação psicológica a uma nova gravidez acaba ficando comprometida dependendo do sofrimento dos pais e intensidade e consistência do vínculo afetivo que depositaram na gravidez, não possuindo relação com o tempo gestacional, mas sim ao significado atribuído (BITELBRON; KRUEL; DOTTO, 2013).

A culpabilização resulta diante da situação e a distorção das fantasias maternas que são mecanismo saudável de ajustamento a um novo equilíbrio psicológico para contribuir para a reorganização da mulher nesse novo papel. Posteriormente acabam tendo a percepção de que dificilmente teriam evitado, sendo muitas vezes de causa desconhecida. Em momentos assim a rede de apoio informal torna-se um facilitador diante da dor. O apoio social, assim com a boa relação conjugal é importante para o ajustamento depois da perda.

Diante da perda do bebê ocorre o luto que é considerado normal e vivenciado por um trabalho pessoal de adaptação à perda, uma experiência dolorosa que contém sofrimento, mas também capacidade de encontrar conforto e alternativas significativas, sendo um processo complexo, individual, um desfazer de um sonho moldado por valores culturais, normas e costumes.

A perda implica um processo transacional ao longo do tempo e o casal perde a confiança na sua capacidade de serem pais. A mulher costuma procurar apoio em uma nova gestação, vista como uma solução para o sofrimento. A concretização da maternidade terá que refazer o sonho perdido e os pais vão precisar confiar em sua capacidade de serem pais novamente.

É importante destacar a importância da disponibilidade de profissionais para informar os procedimentos, assim como compartilhar dúvidas e anseios. Esses profissionais ainda apresentam despreparo na prática assistencial, principalmente devido à falta de estratégias e destreza em relação às demandas apresentadas

pelos pais além de não reconhecerem seu papel para o manejo diante da perda gestacional (PEREIRA et al.; 2018).

Portanto, o papel da equipe de saúde e intervenção psicológica pode oferecer um suporte emocional, legitimando uma expressão do sofrimento diante dessa experiência para o processo de elaboração desse luto, esse auxílio por parte da equipe necessita de sensibilidade para uma maior disponibilidade para todos os envolvidos diante do vínculo estabelecido durante esse período e compreendendo que muitas vezes essa perda não é vista pela sociedade como um luto legitimado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo explorar o luto materno diante de uma gestação de alto risco após a perda gestacional, considerando a construção social da maternidade, o processo de luto e atuação da equipe de saúde para a elaboração da perda.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar e explorar as políticas públicas de saúde no cuidado materno-infantil.
- Investigar a construção social da identidade materna em uma gestação de alto risco.
- Compreender o processo de luto vivenciado durante a perda gestacional.
- Identificar a atuação da equipe de saúde diante do luto.

3 MÉTODO

Esse trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por meio de seleção e análise do tema abordado. A partir de pesquisa em biblioteca e banco de dados nacionais, como Scielo, BVS, Lilacs, Medline, CAPES e na biblioteca da Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marília (FAMEMA).

O levantamento foi selecionado em livros, artigos, dissertações e teses que tratem do luto gestacional. Os artigos selecionados foram restritos as publicações dos últimos cinco anos. Utilizamos as seguintes palavras-chaves para a busca: gestação de alto risco, luto, psicanálise, equipe de saúde, perda gestacional.

A análise se baseou no caráter histórico das políticas públicas referentes a atenção da saúde da mulher, assim como o processo de gestação de alto risco, luto durante o período gestacional e participação da equipe de saúde durante esse processo, embasados pela teoria psicanalítica para a compreensão dos aspectos emocionais diante da situação. Desta forma, o material selecionado esteve de acordo com aspectos relevantes com o objetivo do estudo.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil (PNAISM)

No Brasil a saúde da mulher era limitada ao período relacionado à gravidez e ao parto nas primeiras décadas do século XX, expressando assim, uma perspectiva reducionista sobre a mulher em sua especificidade biológica e papel social da maternidade.

Com os avanços de movimentos feministas com forte atuação no campo da saúde, essa política contribuiu para introduzir em nível nacional, questões até então, restritas aos cuidados no ciclo gravídico-puerperal, como as desigualdades nas condições de vida, problemas relacionados à sexualidade, reprodução e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, identificando e propondo processos políticos para promover mudanças na sociedade e na qualidade de vida da população (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), as mulheres reivindicavam sua condição de sujeitos de direito demandando ações que proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Essas ações contemplariam as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas em que estivessem inseridas.

A partir disso, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual nos princípios norteadores da política de saúde das mulheres. O PAISM incorporou como princípio e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços como a integralidade e a equidade da atenção que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015).

O novo programa para a saúde da mulher inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, integrando a assistência à mulher nos aspectos ginecológicos, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, entre outros. O SUS teve grande influência sobre a implementação do PAISM em relação à reorganização das ações e dos serviços básicos de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2014).

A delimitação das ações básicas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população, entretanto, a partir de 1998 algumas mudanças ocorreram quando a saúde da mulher passou a ser considerada uma prioridade de governo que propôs diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres (BRASIL, 2015).

No ano de 2003 a área técnica de saúde da mulher identifica a necessidade de articulação com outras áreas para proposição de novas ações para as mulheres rurais, deficientes, negras, indígenas com a participação nas atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2015).

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de mal-estar psíquico-físico. A qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais, implicando na superação do enfoque biológico nos serviços de saúde para adotar um conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com a saúde (LAURENTI, 2013).

Desta forma, o SUS precisou estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher numa perspectiva que contemple a promoção e garantia da saúde. As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres foram articuladas com condições básicas para a obtenção dos resultados esperados.

Uma das principais mudanças implementadas pela (PNAISM) no Brasil, está relacionada à ampliação do conceito de saúde da mulher a partir da incorporação de questões como a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos antes restringidos a saúde materna ou ao processo de reprodução biológica. Com os avanços nos debates em torno dos direitos das mulheres, essa política passou a considerar a desigualdade de gênero como fator importante nas condições da saúde da mulher, sendo consideradas nas ações no âmbito do SUS como nas diretrizes e princípios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014).

Seis anos após a elaboração da PNAISM, a Portaria nº 1.459/ GM/MS de 24 de junho de 2011 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha como uma estratégia do MS para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo

e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2015).

Atualmente as políticas vêm apresentando preocupação com o aumento da mortalidade infantil no país, em sua maioria sendo óbitos previsíveis com a necessidade da participação ativa do sistema de saúde dentro das políticas públicas para oferecer um atendimento especializado para as mulheres no período de gestação.

A gestação é considerada um fenômeno fisiológico e sua evolução na maior parte dos casos acontece sem intercorrências, todavia, existe uma parcela de gestantes que por características específicas apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe, constituindo o grupo chamado de gestantes de alto risco (OISHI, 2014).

Para Wilhelm (2014) esse grupo de mulheres necessita de cuidados pela alta probabilidade de sofrer danos à saúde, tendo direito a atendimento especializado garantido pela política nacional de atenção à saúde da mulher inserida no sistema único de saúde.

Segundo Sanches e Freitas (2017), a identificação das gestantes de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos para gerar cuidados de maneira diferenciada. As gestantes de baixo risco normalmente são atendidas com procedimentos simples no nível primário de assistência e as de alto risco requerem técnicas de atendimentos diferenciados com a necessidade de cuidado no nível secundário e terciário com equipe de saúde e tecnologia sofisticada.

Algumas condições clínicas preexistentes estão associadas à gestação de risco como hipertensão arterial, pneumopatias, nefropatias, doenças autoimunes, neoplasias, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacionais, hemorragias da gestação, óbito fetal. Outros fatores como faixa etária, anormalidade nos órgãos reprodutivos e fatores emocionais e sociais como conflitos familiares, dependências de drogas como tabaco e álcool e abortamento habitual estão relacionados e devem ser identificadas durante a assistência pré-natal. O momento do parto deve ser visto como a finalização de um processo que se iniciou nos cuidados com a saúde da

mulher como um todo e com a saúde reprodutiva em especial (COSTA et al., 2016; REIS, et al., 2014).

Em relação à redução de mortalidade neonatal França et al. (2017) aponta que é necessária uma capacitação dos profissionais da assistência hospitalar para o monitoramento do cuidado neonatal com atendimentos que consideram o contexto social e emocional para melhores resultados na resolução da gestação.

O segmento das gestações de alto risco deve considerar às repercussões mútuas entre a doença e a gravidez de conhecimento básico para os profissionais que dispõe a atender essa gestante, a avaliação clínica para estabelecer a evolução da doença para avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais, e por último a avaliação obstétrica para acompanhar a evolução da gravidez e a antecipação do parto evento frequente no atendimento à gestação de alto risco (BRASIL, 2012).

Segundo Wilhelm (2014), um aspecto fundamental para o atendimento a essas mulheres é o componente emocional no seguimento da gestação de alto risco presentes na atenção integral do cuidado. Assim, como organicamente a gravidez representa desafio para condições maternas, do ponto de vista emocional, surge como desafio adaptativo.

No conteúdo emocional da mulher grávida existem fatores psíquicos preexistentes e atuais e componentes da gravidez e ambientais. Este conteúdo manifesta-se por meio da ansiedade, mecanismo emocional basal que estende durante toda a gravidez (BITELBON; KRUEL; DOTTO, 2013). Os mesmos autores referem que a ansiedade tem causas variáveis que são identificadas em cada trimestre da gestação, mas que se permutam psicodinamicamente. Entre elas estão a ambivalência, negação, regressão, introspecção, medo, etc. Na gestação de alto risco as dificuldades de adaptação emocional são maiores somando o próprio fator de risco como componente estressante.

Quando existe uma condição clínica preexistente à gestação pode ocorrer um desequilíbrio emocional adquirido a deterioração ou perda da autoestima e surgimento de sentimento de incompetência, a partir daí, estabelece-se dificuldade de vinculação. A condição de risco é diagnosticada durante a gestação e a mulher experimenta então todas as reações próprias do vivencialmente do luto pela "morte da gravidez idealizada", surgindo sentimento de culpa, raiva, censura (BRASIL, 2012).

Segundo Faria-Schutzer et al. (2014), outros sentimentos são a perda de controle, quebra de desejos/sonhos de incompletude, derrota pessoal em relação ao seu papel na sociedade, sendo fundamental a necessidade de sentir sua dor assim como incluir os familiares, amigos e profissionais no atendimento hospitalar. Quando a hospitalização que por vezes se faz necessária no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como outro fator estressante adicional. A mulher quando recebe o diagnóstico e conscientiza-se da sua condição, é afastada do suporte familiar e vive um conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia considerada como perda do controle sobre si mesma e sobre a gravidez. Para isso, a equipe hospitalar deve conhecer os aspectos enfrentados para que auxiliem nessa situação em vista de um olhar psicossocial (LIMA; FORTIM, 2015; SANCHES; FREITAS, 2017).

Ainda, nessa lógica do contexto emocional devem ser levadas em consideração as reações da família semelhantes às da gestante (ambivalência culpa raiva, luto). No grupo familiar o companheiro desempenha um papel fundamental que pode se manifestar por meio de sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade, culpa etc. Dentro desse ambiente emocional o papel da equipe assistencial sob a ótica da paciente aparece muitas vezes ambivalente como onipotente, autoritária, distante, fria, pouco comunicativa ou por outro lado, o médico também é visto como “super-homem” capaz de salvar a vida dela e de seu filho (BRASIL, 2012).

É importante a compreensão que a equipe tem de si mesma, pois os sentimentos e emoções estão presentes neste ambiente e são intercambiáveis com os da paciente. A equipe de saúde trabalha com as dificuldades diagnósticas e terapêuticas permeadas por cobranças e muitas vezes por política de resultados, em que está presente o estresse profissional. Nesse sentido, as instituições de saúde, diante da perda gestacional, podem facilitar por meio da equipe multiprofissional, medidas de efeito terapêutico que inclui a gestante e demais pessoas envolvidas nesse processo particular (FARIA-SCHUTZER et al., 2014).

Desta forma, as equipes vinculadas à saúde da mulher, principalmente aquelas que atuam com gestantes de alto risco necessitam de profissionais da área da saúde mental como os psicólogos que estejam instrumentalizados para lidar com elementos psicológicos presente na perda, para instruir e orientar os pais e familiares próximos para um atendimento especializado no cuidado integral da

mulher inserida no SUS, como direito assegurado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

4.2 A Identidade materna no processo de gestação de alto risco

O papel cultural da maternidade assim como a política de saúde da mulher, sofreu modificações conforme cada período histórico. Antigamente a mulher era vista como aquela que exercia os cuidados maternos com exigências em tempo integral, sendo responsável apenas pelos cuidados dos filhos, esposo e afazeres da casa, exercendo o papel de geradora, educadora e supridora das necessidades dos filhos e marido. A constituição da família, portanto, diferia das formas de organização encontradas no período moderno, em que o homem ocupava o papel central na família e a mulher ficava a submissão a sua autoridade (LOPES; DEKAZANA-ZANON; BOECKEL, 2014).

Os movimentos no início do século XX com as reivindicações das feministas que lutavam por melhores condições de saúde abriram espaços para questionamentos a respeito da imposição social às mulheres para a maternidade. Posteriormente com o ingresso no mercado de trabalho a demanda passou a ser sobre a divisão das tarefas domésticas e da maternagem com os homens (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014; OISHI, 2014).

A figura feminina promoveu soluções para ampliação da participação das mulheres na esfera pública de trabalho e no cenário social contemporâneo que resultaram diretamente em alterações em políticas públicas no Brasil. Os homens passaram a assumir responsabilidades na divisão de tarefas domésticas e na criação dos filhos, sendo atualmente mais ativos e exercendo influências no desenvolvimento infantil. A mulher atual assume muitos papéis desempenhados antes pelos homens alterando não apenas sua rotina, mas também seus projetos de vida, principalmente em relação à maternidade e os múltiplos papéis exercidos pela mulher contemporânea (BRASIL, 2014; LOPES; DELLAZANA-ZANON; BOECKEL, 2014).

A civilização industrial tem distinguido a fantasia da maternidade com esse novo *status* da mulher na família e na sociedade trazendo consequências que permitem um planejamento dos nascimentos. Portanto, no momento em que começa a gravidez desejada, a mulher se depara com uma criança idealizada permeada de

significado único e subjetivo (BITELBRON; KRUEL; DOTTO, 2013).

Segundo Gradwohl, Osis e Makuch (2014) a maternidade está relacionada diretamente às influências culturais, na qual a mulher está inserida, ou seja, suas experiências estão vinculadas aos valores, sua história pessoal e afetiva e é fruto de modificações históricas. O papel do homem também é resultado dessas transformações e atualmente possui uma participação ativa nos preparativos para a chegada do bebê e contribui para o estabelecimento do vínculo, aceitação da gestação e inserção de um novo membro no contexto familiar.

Propondo que a maternidade não é algo pronto, mas uma trajetória psicossocial e construída socialmente por essa mulher passando por transformações até se tornar mãe, isso implica a necessidade de cada mulher reconhecer sua história particular enfatizada na relação primária, sua sexualidade e seus desdobramentos (CURI, 2016). O desejo pela maternidade está sustentado por vários motivos e impulsos, sendo alguns dos mais importantes representados pela identificação, satisfação de necessidades narcisistas e tentativa de requalificar vários laços afetivos no novo relacionamento com o bebê. A infância dessas mulheres foi estabelecida de cuidado materno, a partir disso tende a fantasia de tornar-se transmissora dessa ação, como adotar comportamentos das mulheres que a cercam por meio da imitação das figuras maternas (BITELBRON; KRUEL; DOTTO, 2013).

Com a descoberta da gravidez e o avanço do período gestacional, a mulher passa por transformações significativas, necessitando de uma organização frente a essas mudanças como a construção da maternidade e de torna-se mãe. Essa construção acontece de maneira gradativa e somente após o nascimento do bebê essa identidade poderia se completar utilizando o bebê como seu objeto de amor permeado por idealizações e fantasias, sendo algo singular apresentando peculiaridades e sentidos únicos para cada mulher (CURI, 2016; SILVA; RODRIGUES, 2017).

Algumas mulheres descobrem durante o período de pré-natal a gestação de alto risco, assim é importante reconhecer que essas gestações estão associadas a óbitos perinatais e as perdas gestacionais com maior frequência no que nas gestações ditas normais. O risco pela perda entristece a mulher e sua família, e exigem dos profissionais da área materno-infantil, principalmente o obstetra um atento e delicado trabalho. Em relação aos homens, aqueles que participam da

gestação de maneira presente conseguem compreender as mudanças emocionais em suas companheiras proporcionando apoio emocional durante o processo de gestação, principalmente em casos de alto risco que demandam atenção e cuidado. (DEMITTO et al., 2017; WILHELM, 2014).

A maternidade é nomeada como uma das experiências mais marcantes da vida de uma mulher em nossa sociedade, ocorrendo transformações biológicas, psíquicas e sociais, exigindo um intenso trabalho psíquico para uma transição de papéis. Contudo, ao longo da gestação o vínculo estabelecido com o bebê está depositado nessa relação, com baixo investimento nos demais aspectos da vida, em um momento permeado de plenitude (SILVA; RODRIGUES, 2017).

A gestação promove modificações na vida do casal e da família necessitando de uma reorganização dos papéis no núcleo familiar, marcado pelos processos de atribuição de identidade segundo suas experiências com seus próprios pais e seus processos identificatórios em brincadeiras infantis. A partir disso, acontece o desenvolvimento de uma ligação com o filho antes mesmo da sua concepção, viabilizando uma nova identidade para a mulher, assim como desejos atribuídos para esse bebê e sua perda podem trazer sentimento de incapacidade e impotência causando impacto na sua feminilidade (SANCHES; FREITAS, 2017; TAVARES, 2016). Portanto, a mulher vivencia a gestação permeada de significado simbólico de acordo com sua estrutura de personalidade, vinculado a sua própria história de vida, tanto a pregressa quanto a atual. Quanto interrompida a gestação pode ocorrer uma alteração em sua identidade pelo fracasso pessoal (BITELBRON; KRUEL; DOTTO, 2013).

Todavia, esse processo pode ser interrompido com complicações durante a gestação, podendo ocasionar a perda do bebê. Contudo, essa perda impossibilita a terminalidade do papel materno, suscitando diversas reações e fragmentos no psiquismo que necessitam ser elaborados posteriormente. Esse processo envolve aspectos psíquicos individuais relacionados à história pessoal de vida de cada mulher (SILVA; RODRIGUES, 2017). Essa relação com o bebê começa no início do pré-natal, e suas fantasias e expectativas são depositadas por esta interação ao logo do período gestacional. A gestação sucede em função de um desejo inconsciente da mulher de tornar-se mãe, ocasionando um conflito entre o desejo consciente e inconsciente. Durante o planejamento de uma gestação, ocorre algumas modificações psíquicas e emocionais na vida da mulher, necessitando de

uma adaptação durante essa nova etapa de sua vida. A gravidez exige da mulher um ajustamento pelas modificações físicas, corporais e hormonais (LEMOS, CUNHA, 2015). Sanches e Freitas (2017) afirmam que, quando ocorre um rompimento de um vínculo a reação esperada é o luto, no qual acontece um processo de elaboração de uma perda importante vivenciada de maneira individual e subjetiva por quem experiêcia, como seus diferentes recursos para enfrentamento desse momento.

No aspecto biológico Oishi (2014) observa que, em uma gravidez pode-se encontrar alterações hormonais que podem ser reconhecidas como introversão, passividade, mudanças de humor, inquietação, irritabilidade, preocupação e depressão. Na gravidez de alto risco essa dificuldade pode ser intensificada com outras emoções despertadas como culpa e incapacidade. A gravidez interrompida durante seu andamento propicia um trabalho de luto pelo bebê imaginário e idealizado pelos pais durante toda a gestação, assim como o luto do bebê real com sua morte anunciada.

Nesse sentido, Klautau e Damous (2015) refere que a separação mãe-bebê pode ser compreendida como um processo associado ao luto diante da perda do prazer e da satisfação narcísica que permeia essa relação, para que a mãe consiga adquirir sua existência como mulher e o bebê desenvolver seu próprio eu para o processo de subjetivação.

Desta forma, a maternidade é um fenômeno complexo de fatores culturais e um modo de existir pela presença de um filho. Para as mulheres não são apenas seus filhos que morreram, mas seu modo de existir e de se mostrar na relação com eles, seu modo de ser que se mostrava de maneira única e especial naquela relação que não pode ser substituída em decorrência da perda irreparável (FREITAS; MICHEL, 2014).

4.3 O processo de luto no período gestacional

Para Ramos (2016), o processo de luto trata-se de algo complexo e vivenciado de forma diferente por cada pessoa, nesse sentido, considera-se a cultura e o contexto em que se deu a perda como fatores que influenciam a maneira de cada indivíduo enfrenta essa etapa.

Nesta compreensão Kubler-Ross (1987), aponta em seus estudos que o processo de morrer é composto por cinco etapas, são elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

A negação ocorre pela recusa da situação e dificuldade em aceitar como forma de defesa temporária diante da notícia e permite que a pessoa se restaure com o passar do tempo. A raiva gera revolta, frustração, irritabilidade e uma procura por culpado, podendo apresentar uma hostilidade em relação à equipe e familiares. A barganha acontece uma tentativa de negociação e promessa na busca de uma recompensa de cura, na depressão ocorre à tristeza e a pessoa lamenta a perda da vida, sendo comum nessa etapa que se pense no que foi deixado de ser feito, nos desejos não realizados e ocorrem preocupações no sentido de como a vida continuará para os que ficam, e por fim, na aceitação ocorre à certeza do inevitável (KUBLER-ROSS, 1987). Complementando esta compreensão, Bowlby (1997) aponta que o luto é vivenciado em quatro fases, sendo elas: fase do torpor ou aturdimiento que dura algumas horas e pode ser interrompida por acessos de raiva intensa, fase de saudade e busca da figura perdida com duração de meses ou anos, fase de desorganização e desespero e por último a fase de maior ou menor grau de desorganização.

Essas etapas não seguem necessariamente essa ordem lógica, no entanto, pessoas que não morrem de maneira inesperada podem alcançar a aceitação após receberem de alguma forma apoio para enfrentar cada fase (TAVERNA; SOUZA, 2014).

Nesse sentido, ao afirmar que a maternidade sofre intensa influência cultural, afirmamos também que o processo de luto materno e sua significação devem ser pensados em tal contexto social e psicológico em uma compreensão sobre suas causas e circunstâncias (FREITAS; MICHEL, 2014; RIOS; SANTOS; DELL'AGLIO, 2016).

A perda de uma gravidez desejada implica várias perdas como a da maternidade, autoestima, da pessoa amada, estatus social e de um futuro antecipado imaginado, envolvendo momentos de grande fragilidade psicoemocional. Nesse sentido, a perda gestacional percorre um longo caminho determinado por diferentes condições clínicas e períodos de gestação vivenciados por mulheres de alto risco, assim como necessitam lidar com a perda em diferentes aspectos como

natimorto¹, óbito fetal², aborto espontâneo³, interrupção médica, entre outros, como uma necessidade de interrupção súbita de um investimento realizado durante todo o período (CAMARNEIRO; MACIEL; SILVEIRA, 2015; CURI, 2016).

A perda significa um conflito com o encerramento do investimento e a não concretização da maternidade que não permite a representação do bebê idealizado durante a gestação para o bebê real dificultando a sua elaboração. Assim, quanto mais avançada a gestação maior evidenciado as questões psíquicas diante da perda (AGUIAR; ZORNIG, 2016; CURI, 2016).

A transição da situação de perda fetal marca a história da mulher, sendo a maioria dos sentimentos presentes como angústia, medo, inquietação, ansiedade, solidão, dor e culpa. Essa perda representa uma ruptura em sua identidade o que implica na reconstrução da mesma. As mulheres que experimentam esses sentimentos sentem-se fragilizadas, frustradas e tristes. Além de serem hospitalizadas para procedimentos como curetagem⁴ ou parto em caso de óbito fetal, sendo vivenciados com muita ansiedade e desejo de retornar para suas casas (BITELBRON; KRUEL; DOTTO, 2013).

O óbito antes do nascimento representa uma perda para os pais, principalmente para a mãe que vivência em seu próprio corpo, com procedimentos médicos as características existentes na gestação. O psiquismo entra em um processo de luto simbólico pela perda, sonhos, expectativas e planejamentos que normalmente o casal deposita no nascimento da criança. Portanto, podem acontecer momentos de agressividade em decorrência disso, direcionados ao meio familiar e profissional da área da saúde (LEMOS; CUNHA, 2014; SANCHES; FREITAS, 2017).

Nesse sentido Faria-Schutzer et al. (2014) refere que além da angústia psíquica pela perda do bebê, ainda existe a dor física do trabalho de parto, que apesar da dor é importante que essas mulheres tenham a experiência sensorial (consciente) da saída do bebê de seu próprio corpo, para ajudar a discriminar como

¹ Natimorto ou nado-morto são denominações dadas ao feto que morreu dentro do útero ou durante o parto, ou seja, quando ocorre óbito fetal.

² Óbito fetal refere-se à morte do feto a partir da 20^a- 22^a semana de gravidez que posteriormente remete a expulsão ou extração do mesmo, com peso igual ou superior a 500g até o momento do parto.

³ O aborto é o ato que interrompe uma gestação, podendo ser espontâneo e ocorrer em qualquer momento da gravidez.

⁴ Curetagem é um procedimento médico realizado por um ginecologista com a função de limpar o útero da mulher, principalmente depois de um aborto incompleto. Serve também para limpar o útero da placenta depois de um parto normal.

um ser distinto. Com isso, o momento de ver e tocar o bebê morto se for de sua vontade são profundamente marcantes, vivenciando uma tristeza psicológica que marca a realidade da perda e permite recordações de fatos concretos para adequação da elaboração do luto.

Posteriormente ao período de hospitalização, esse casal retorna para casa e necessitam de apoio de amigos e familiares diante das expectativas frustradas quanto à realidade da perda. Depara-se com o quarto, roupas, objetos para receber o bebê que poderá servir para desconstruir as expectativas geradas durante o período gestacional para a elaboração do luto (BITELBRON; KRUEL; DOTTO, 2013).

O luto desperta uma infinidade de sentidos como uma experiência singular vivenciado pelo contexto histórico repleto de significados culturais e sentidos familiares sobre morte e luto, podendo ser considerado normal e adaptativo. O luto considerado normal é um trabalho pessoal de adaptação à perda, uma experiência dolorosa que contém sofrimento, mas também capacidade de encontrar conforto e alternativas significativas, sendo um processo complexo, individual e necessário ao desfazer de um sonho moldado por valores culturais, normas e costumes. Para a mulher a perda impõe um modelo de vivenciar a maternidade e a si mesma por uma promessa não realizada, fazendo com que perca seu próprio futuro e uma parte de si mesma como um processo de inversão do curso natural da vida (CAMARNEIRO; MACIEL; SILVEIRA, 2015; FREITAS; MICHEL, 2014).

Outros sentimentos que podem ser vivenciados diante do luto são a perda de controle, quebra de desejos/sonhos, de incompletude, culpa e derrota pessoal enquanto mulher e em relação ao seu papel na sociedade, sendo relevante enfatizar a necessidade de sentir sua dor para que possa dar lugar a sentimentos positivos, devendo incluir a família e amigos, assim como os profissionais no atendimento hospitalar (FARIA-SCHUTZER et al., 2014).

Para Silva e Rodrigues (2017), a morte envolve um sentimento de incapacidade, fragilidade e tristeza que contribui para a busca da razão para significar a perda e pode interferir diretamente na dinâmica familiar e nos relacionamentos que estão vinculados a essa separação.

FREUD (1914) salienta que posteriormente ao luto as mulheres continuam investindo no filho abortado por algum tempo. Nesse sentido podemos dizer que a mulher é capaz de tratar essa ferida narcísica e retornar sua vida investindo em

novos objetos, todavia, outras não, necessitando de auxílio para elaboração da perda, enfatizando a importância dos profissionais de saúde para proporcionar uma escuta diante do reconhecimento social da dor (CURI, 2016).

O enlutar-se é um processo doloroso vivenciado em algum momento da vida e é um processo dinâmico, multidimensional e individualizado, a partir da base psíquica de cada pessoa relacionado a sua personalidade, história de vida e perdas anteriores. Com isso, depois de uma perda ocorre uma adaptação, ressignificação e transformação da relação com o objeto perdido, permitindo à pessoa a incorporação da perda e possibilidade de uma relação inventada com a pessoa perdida, contando com a rede de apoio para o enfrentamento da situação (LEMONS; CUNHA, 2015).

Faria-Schutzer et al. (2014) aponta que diante da perda gestacional, as instituições de saúde, podem facilitar o processo de luto por meio da equipe multiprofissional com medidas de efeito terapêutico, que inclui a gestante e demais pessoas envolvidas nesse processo. Para isso, as equipes ligadas à saúde da mulher, necessitam de profissionais da área da saúde mental.

4.4 A Equipe de Saúde diante da perda fetal

O Ministério da Saúde (MS) visando o compromisso em assistir as mulheres no momento gravídico-puerperal por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, estabelece a prevenção para a morbimortalidade⁵ materna e perinatal evidenciando a importância da equipe de saúde multidisciplinar na área materno-infantil superando os processos predominantemente biológicos para uma atenção biopsicossocial (CURI, 2016).

Segundo Navarro, Guimarães e Garanhani (2013) a palavra "equipe" está etimologicamente relacionada à realização de tarefas e trabalhos compartilhados de maneira conjunta e coletiva para sucesso da realização pretendida, assim, equipe acaba sendo a realização de um conjunto de pessoas com objetivo comum atribuído de conceituação, técnica, atribuições, tarefas ou atividades.

A princípio um hospital Materno-Infantil é considerado por parte da equipe de assistência como um lugar de vida e nascimento, todavia, a morte acaba fazendo parte do ciclo natural da existência e o homem tende a ignorá-la para afastar a ideia

⁵ Morbimortalidade refere ao índice de pessoas mortas em decorrência de uma doença específica dentro de determinado grupo populacional.

da possibilidade de separação e perda para não evidenciar o sofrimento (CURI, 2016; ROCHA et al., 2017).

A morte é um tema frequente na área da saúde, principalmente por profissionais que se responsabilizam pelo cuidado, assim, sua importância diante da dinâmica hospitalar. Para Rocha et al. (2017), a morte está presente no ciclo natural da existência humana e o homem tende a ignorá-la para afastar a ideia da possibilidade de separação e perda. Nas instituições hospitalares a morte encontra-se presente de maneira constante fazendo parte da rotina dos profissionais de saúde, sendo um ambiente de cuidado para a manutenção da vida. No hospital, existem altos índices de mortalidade e tornam os profissionais sempre expostos à morte e os conflitos que dela advêm, sendo confrontados a todo o momento com questões relacionadas à impotência e limites de atuação.

Em relação à equipe de saúde diante da morte é possível observar a dificuldade desses profissionais como enfermeiros, técnicos, médicos para lidar com o final de vida, o que acaba ocasionando dificuldade no trabalho da equipe pela ausência de diálogo entre os profissionais. A equipe deve apresentar-se de maneira sensível as dúvidas e dores dos pacientes e familiares durante as situações de angústia e estresse, estabelecendo uma relação de confiança e diálogo para fortalecer o processo (SILVA; RODRIGUES, 2017).

Para que essa relação de confiança e diálogo aconteça, a equipe diante da perda gestacional deve proporcionar um atendimento permeado de sensibilidade para considerar a maneira singular de cada gestante que vivencia o luto respeitando seu processo único e individual. Diante dessas condições as mulheres ficam fragilizadas física e emocionalmente e precisam de amparo de toda a rede para corresponder adequadamente à demanda emocional que permeia a perda gestacional (LEMOS; CUNHA, 2015).

Alguns sentimentos presenciados pela equipe quando não conseguem evitar a morte são: frustração, estresse, tristeza, sentimento de impotência, angústia, medo, desconforto, sensação de derrota e fracasso pessoal e profissional e são vistos como sinônimo de limitação profissional. O impacto da morte representa insucesso dos esforços estabelecidos pela equipe durante a internação hospitalar. É somente quando tornamos consciente a nossa finitude que podemos entender o sentido da vida e da morte (ROCHA et al., 2017).

Nesse sentido Kovacs (2010) refere que o trabalho na área da saúde promove para os profissionais inseridos questões relacionadas à morte e o morrer em seu modo pessoal de lidar com a perda e a dor. A história de experiências anteriores com o luto e com perdas.

Os profissionais da saúde precisam manejar esses momentos referentes aos sentimentos e processo da morte, principalmente aqueles que vão comunicar a notícia, oferecendo um acolhimento, esclarecimento e apoio emocional necessário para um momento de tamanho sofrimento (BITELBRON; KRUEL; DOTTO, 2013).

Depois de todo o processo da gestação de alto risco, internação e perda, a mulher tem que se deparar com o primeiro atendimento hospitalar que deverá propiciar acolhimento e suporte emocional, oferecido posteriormente para o grupo familiar e social. Alguns medos como à saúde do bebê em uma nova gestação pode acontecer, todavia a equipe hospitalar deve conhecer os aspectos enfrentados para que auxiliem nessa situação em vista de um olhar psicossocial (LIMA; FORTIM, 2015; SANCHES; FREITAS, 2017).

O profissional de saúde deve estar capacitado para orientar a mulher e a família para proporcionar auxílio diante do enfrentamento da situação como de não ter mais filhos, orientar para que a própria família se ampare mutuamente, ampliando o apoio familiar (BITELBRON; KRUEL; DOTTO, 2013).

Segundo Muza et al. (2013) os pais diante da situação têm a necessidade de verbalizar suas emoções para que sejam capazes de assimilar a notícia e ressignificar o luto fetal. Para isso acontecer é preciso um reconhecimento da perda por parte dos familiares e equipe de saúde para promover o apoio emocional para expressão das angústias e medos vivenciados pela mãe enlutada. O profissional tem que estar disponível para a escuta e a assistência humanizada para acolher a dor psicológica essencial na elaboração do luto.

Um dos primeiros passos para fornecer esse auxílio é reconhecer o luto materno e contribuir para a elaboração do mesmo oferecendo um atendimento que resulte na expressão das angústias, medos, inseguranças, tristezas, frustrações. Para isso o psicólogo hospitalar é fundamental nesse contexto para auxiliar no suporte psicológico a família, gestante e equipe de saúde com orientações nesses momentos difíceis (LEMOS; CUNHA, 2015).

O psicólogo hospitalar tem a função de auxiliar na realidade presenciada, garantindo uma escuta qualificada da expressão dos diversos sentimentos

despertados, assim como contribuir para a sensibilização da equipe para esse momento, devendo abranger a tríade paciente-família-equipe. Em relação ao atendimento com a paciente deve ser considerado de maneira integral compreendendo seus sofrimentos emocionais e físicos. Em relação ao trabalho com a família deve ser um facilitador na comunicação entre eles e a equipe médica, enquanto a equipe deve atuar em decorrências do fluxo das emoções desses profissionais detectando estresses e defesas exacerbadas compreendendo seus significados sobre a morte e finitude (MUZA et al., 2013; SANCHES; FREITAS, 2017).

Durante o processo de luto é necessário suporte estabelecido pelos profissionais do hospital, familiares e companheiro. O processo psicoterapêutico pode dar a compreensão para o casal acerca da perda, todavia, a equipe multiprofissional que possibilitou a escuta e avaliação para intervenção, favorecem o atendimento à paciente. Nesse sentido, o apoio no âmbito familiar e profissional é imprescindível para o enfrentamento e aceitação da perda, a necessidade social desse apoio profissional durante o luto deve ser amparada para a melhoria da comunicação do casal e do relacionamento conjugal (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2016; RIOS; SANTOS; DELL'AGLIO, 2016).

A orientação do processo de enfrentamento e adaptação para restauração refere-se a lidar com a perda em si, necessidade da recolocação dos laços e nas circunstâncias da morte. Compartilhar experiências, homenagear e perpetuar a memória do filho perdido e ter a oportunidade para expressão de sentimentos e emoções é considerado fundamental para superação da perda e realocação dos laços afetivos. Nesse sentido a orientação deverá ser para restauração das tarefas, organização da vida e o desenvolvimento de novas identidades e papéis sociais. (FRIZZO et al., 2017).

Silva e Rodrigues (2017) acreditam que as formas como acontece essa assistência estão envoltas em diversos fatores, desde crenças pessoais até a qualificação do profissional. Portanto, tendo em vista as dificuldades e os avanços, percebe-se que a atuação da equipe não se faz de modo independente, mas está diretamente relacionada com os fatores que compõem como clientes, procedimentos, protocolos sofrendo influência da percepção individual dos profissionais que a praticam.

A comunicação efetiva e afetiva minimiza dificuldades e incertezas, além de fortalecer o sentimento de segurança, facilitando o bom relacionamento, que é fundamental para a qualidade da assistência e compreensão da morte. Entretanto, ainda costumam ser insuficientes as políticas institucionais voltadas para a atenção e o cuidado à saúde. As equipes não estão preparadas para a comunicação e nem para o suporte emocional dessas mulheres, necessitando assim de capacitação profissional e de políticas institucionais que ofereçam esse cuidado especializado (PEREIRA et al.; 2018).

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 e está presente nas políticas de saúde a atenção integral do cuidado (SILVA; RODRIGUES, 2017).

Existem falhas na comunicação da notícia de morte pouca habilidade da equipe em lidar com a dor do outro, denotando a falta de preparo, resultando na importância de treinamento para a transmissão de notícias difíceis de forma que o profissional tenha confiança para estabelecer essa função. Os profissionais precisam ser mais preparados para oferecer um acolhimento e suporte emocional, assim como ter uma postura ética e acolhedora para que os familiares sintam confiança e segurança (PEREIRA et al.; 2018).

Portanto, é necessária uma capacitação contínua para esses profissionais compartilharem suas angústias, a disponibilização de cursos específicos e palestras para melhoria da atenção e das relações de cuidado. As práticas de cuidado nesse contexto são capazes de se refletir diretamente na maneira como a família vivencia o luto (SANCHES; FREITAS, 2017; SILVA; RODRIGUES, 2017).

É fundamental que esse apoio seja também ofertado pela equipe de saúde, sobretudo na maternidade e nos primeiros momentos de retorno para casa. Nesse sentido, destaca-se a responsabilidade da equipe disponibilizar à mãe, ao pai e à família um retorno ao hospital, caso desejem, para falar sobre o luto e tirar dúvidas. Esse retorno deve ocorrer com os profissionais envolvidos diante o atendimento dessas mulheres por ter desenvolvido uma relação de proximidade com os familiares. Desta forma, também é necessário uma articulação com a equipe da atenção básica, para possibilitar a continuidade do cuidado (PEREIRA et al.; 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda gestacional é um problema de saúde pública e necessita de uma atenção especializada por parte dos profissionais de saúde diante das perturbações emocionais vivenciadas pelas gestantes, seu companheiro e familiares presentes em uma gestação de alto risco. Esses profissionais envolvidos no cuidado à saúde materna e obstétrica podem e devem auxiliar na elaboração do processo de luto.

O sofrimento diante da perda torna-se um acontecimento significativo na vida do casal e apresenta um processo complexo necessitando de profissionais no atendimento inseridos dentro do sistema de saúde, esses profissionais muitas vezes presenciam sentimentos de fracasso na tentativa de manter a vida e evitar a morte.

A pesquisa mostra a importância do psicólogo hospitalar que realiza intervenção pautada na técnica suportiva/apoio de uma escuta ativa e empática, colaborando efetivamente no atendimento à família em situação de luto e na colaboração com a equipe multiprofissional.

A temática do luto gestacional é pouco abordado e discutido, trazendo assim, a necessidade de aprofundamento no tema e na elaboração de princípios para promover integração por parte de toda a equipe, portanto, essencial que os profissionais envolvidos trabalhem em equipe multiprofissional, façam grupos e reuniões para que propostas sejam elaboradas referentes à melhoria nos atendimentos as gestantes e familiares, também para que possam compartilhar suas angústias em relação à morte e ao processo de morrer.

Para futuras pesquisas pode-se atentar para o papel do homem na situação de perda, pois, muitas vezes ele é negligenciado pela sociedade possivelmente por sua representação de "porto seguro" para a mulher impedindo seu sofrimento em determinados momentos, visto que o conhecimento das reações emocionais facilita as intervenções, favorece os vínculos e qualifica o cuidado integral para o seguimento do acolhimento dentro do ambiente hospitalar e posteriormente a perda.

É fundamental a capacitação profissional para informar procedimentos, compartilhar dúvidas e anseios, assim como políticas institucionais que ofereça um cuidado para evitar o despreparo na prática assistencial, principalmente na falta de estratégias em relação a demanda e manejo diante da situação, sobretudo nos momentos posteriores ao retorno para casa, sendo necessário uma articulação com a equipe da atenção básica para possibilitar a continuidade do cuidado.

Desta forma, a pesquisa evidenciou-se a maneira como as mulheres se sentem durante a gestação e seu processo de identidade materna, assim como o processo de elaboração do luto diante da perda gestacional e o atendimento vivenciado pelos profissionais da saúde nos hospitais, destacando o despreparo dos mesmos, necessitando de uma formação profissional para prepará-los a lidar com aspectos diante do luto.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, H. C.; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 264-281, ago. 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v21n2/a01v21n2.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2018.
- ANDRADE, M. L.; MISHIMA-GOMES, F. K. T.; BARBIERI, V. Recriando a vida: o luto das mães e a experiência materna. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 21-32, abr. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v19n1/v19n1a02.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.
- BITELBRON, E. R.; KRUEL, C.S.; DOTTO, F. R. Maternidade Interrompida: vivências de mulheres que passaram pelo processo de aborto espontâneo. **Disciplinarum Sci.** Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 14, n. 2, p. 157-171, 2013. Disponível em <<https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1755/1659>>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância do óbito no Brasil: trajetória de 2008 a 2015. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise de situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 45-67.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- CAMARNEIRO, A. P. F; MACIEL, J. C. S. C; SILVEIRA, R. M. G. Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. **Referência**, Coimbra, v. serI, n. 5, p.109-117, jun. 2015. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserI/vn5/serI/vn5a13.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2018.
- COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1-8, abr./jun. 2016.
- CURI, P. L. Da curetagem aos restos psíquicos. **Cad. Psicanál.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 52-59, 2016. Disponível em: <http://spcrj.org.br/ojs/index.php/cad_psi_spcrj/article/view/9/10>. Acesso em: 10 nov. 2018.

DEMITTO, M. O et al. Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03208, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03208.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

DOMINGUES, G. R. et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicol. Hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 11, n. 1, p. 224, jan. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a02.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, maio 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

FREITAS, J. L.; MICHEL, L. H. F. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 273-283, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/10.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: **A história do movimento psicanalítico**. Edição Standard Brasileira das Obras de Sigmund Freud, v.14. Rio de Janeiro: Imago, p. 75-109. 2006a.

FRIZZO, H. C. F. et al. Mães enlutadas: criação de blogs temáticos sobre a perda de um filho. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 116-121, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0116.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS M. J. D; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade, **Pensando Fam.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

KLAUTAU, P; DAMOUS, I. Caminhos e descaminhos do luto: o trabalho de separação na relação mãe-bebê. **Cad. Psicanál.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 33, p. 51-68, julho. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v37n33/v37n33a03.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

KOVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KOVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-439, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

LAURENTI, R. et al. Mortalidade perinatal em hospitais do estado de São Paulo: aspectos metodológicos e algumas características materna e do concepto. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 261-268, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n3/pt_02.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2018.

LEMOS, L. F. S; CUNHA, A. C. B. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, dez. 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n4/1982-3703-pcp-35-4-1120.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

LIMA, S; FORTIM, I. A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimortos. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 18, n.4, p. 771-788, Dezembro. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v18n4/1415-4714-rlpf-18-4-0771.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2018.

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L.L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p.917-928, dez. 2014 Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a18.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MUZA, J. C. et al. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 34-48, dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/03.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

NAVARRO, A. S. S; GUIMARÃES, R. L. S; GARANHANI, M. L. Trabalho em Equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Reme, Rev Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 62-69, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>> Acesso em: 1 set. 2018.

OISHI, K. L. O jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. **Psic.: Teor. Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 5-11, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/02.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

PARIS, G. F; MONTIGNY, F.; PELLOSO, S. M. Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n.4, p. 546-553, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0546.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

PEREIRA, M. U. L. et al. Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 422-427, dez. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n4/0103-0582-rpp-2018-36-4-00013.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2018.

RAMOS, V. A. B. O processo de luto. **Rev. Psicologia.pt.**, Porto, p. 1-16, set. 2016. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

REIS, Z. S. N et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 65-71, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00065.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

RIOS, T. S; SANTOS, C. S. S; DELL´AGLIO, D. D. Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: relato de experiência. **Rev. Psicol. Imed**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 98-107, 2016. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/975/888>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

ROCHA, D. D et al. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem diante da morte em unidade de terapia intensiva neonatal. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 21, p. 546-560, dez. 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a15.pdf>>. Acesso em 17 set. 2018.

SANCHES, B. R. T.; FREITAS, P. M. L. O papel do psicólogo hospitalar diante da perda fetal. **Rev. Uningá**, Maringá, v. 29, n.1, p. 185-190, jan., 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1910>>. Acesso em: 6 jul. 2018.

SILVA, I. P. V; RODRIGUES, L. D. A. A Elaboração da perda gestacional. **Rev. Bras. Ciênc. Vida**, Sete Lagoas, v. 6, n. 1, p. 1-18, dez. 2017. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/385>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

FARIA- SCHUTZER, D. B. F. et al. Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. **Estud. Interdiscip. Psicol...**, Londrina, v. 5, n. 2, p.113-132, 2014. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/20199/15901>>. Acesso em: 4 nov. 2018.

TAVERNA, G.; SOUZA, W. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Cad. Teológico PUCPR**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 38-55, 2014.

TAVARES, R. C. O bebê imaginário: uma breve exploração do conceito. **Rev. Bras. Psicoter**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, abr. 2016. Disponível em <http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=191>. Acesso em: 5 jul. 2018.

WILHELM, L. A. **Mulheres em gestação de alto risco**: sentimentos, práticas de cuidado e superação das dificuldades enfrentadas. 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde. Rio Grande do Sul, 2014.