



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**BRUNNA VIEIRA BARBOSA**

**PERDA GESTACIONAL E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**CAMPINA GRANDE  
2022**

**BRUNNA VIEIRA BARBOSA**

**PERDA GESTACIONAL E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de psicóloga em bacharel em psicologia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros

**CAMPINA GRANDE  
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B238p Barbosa, Brunna Vieira.

Perda gestacional e a atuação do psicólogo hospitalar [manuscrito] : relato de experiência / Brunna Vieira Barbosa. - 2022.

24 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Perda gestacional. 2. Psicologia hospitalar. 3. Aborto. 4. Óbito fetal. I. Título

21. ed. CDD 155.937

BRUNNA VIEIRA BARBOSA

**PERDA GESTACIONAL E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

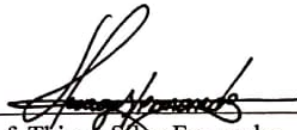
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Aprovada em: 30 / 11 / 2022

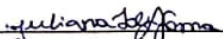
**BANCA EXAMINADORA**



\_\_\_\_\_  
Profª. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



\_\_\_\_\_  
Prof. Thiago Silva Fernandes  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



\_\_\_\_\_  
Profª. Dra. Juliana Fonsêca de Almeida Gama  
Centro Universitário Unifacisa

## **SUMÁRIO**

<b>1.0 INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2.0 METODOLOGIA</b>	<b>9</b>
<b>3.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>10</b>
<b>4.0 CONCLUSÃO</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICE A - FICHA DE ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE ABORTO ESPONTÂNEO</b>	<b>22</b>

## PERDA GESTACIONAL E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Brunna Vieira Barbosa<sup>1</sup>

Sibelle Maria Martins de Barros<sup>2</sup>

### RESUMO

O projeto de ter um filho envolve a expectativa de que a gestação culminará no nascimento do bebê. Contudo, malformações e intercorrências podem levar à morte do embrião ou feto, configurando um cenário de dor, permeado por diversas emoções. Apesar de frequente, a perda gestacional e o decorrente processo de luto perinatal ainda são assuntos que carecem de visibilidade social e reconhecimento, bem como atenção qualificada por parte dos profissionais de saúde. O presente artigo, portanto, visa relatar uma experiência de estágio em Psicologia, voltado às mulheres em situação de abortamento, no âmbito de uma instituição hospitalar pública da cidade de Campina Grande. Ao longo de quatro meses de estágio foram realizados, semanalmente, atendimentos nos leitos do setor “sala de parto”, a partir da proposta da Psicoterapia Breve de Apoio. Para fins de análise e discussão, foram selecionados quatro casos envolvendo casais que vivenciaram a experiência de perda gestacional por aborto espontâneo. Foi possível constatar o impacto emocional do aborto para esses casais pela interrupção dos planos de chegada do bebê, o que desencandeava sentimentos como tristeza, ansiedade e desamparo. A atuação direcionou-se à escuta atenta e livre de julgamentos aos pais, de forma conjunta, buscando compreender e validar os sentimentos.

**Palavras-chaves:** perda gestacional; psicologia hospitalar; aborto; óbito fetal.

### ABSTRACT

The project of having a child involves the expectation that the pregnancy will culminate in the birth of the baby. However, malformations and intercurrents can lead to the death of the embryo or fetus, configuring a scenario of pain, permeated by various emotions. Although frequent, pregnancy loss and the resulting perinatal mourning process are still issues that lack social visibility and recognition, as well as qualified attention by health professionals. This article, therefore, aims to report an internship experience in Psychology, aimed at women in situations of abortion, within the scope of a public hospital institution in the city of Campina Grande. Over the four months of the internship, weekly assistance was provided in the beds of the “delivery room” sector, based on the Brief Support Psychotherapy proposal. For the purposes of analysis and discussion, four cases involving couples who experienced miscarriage were selected. It was possible to verify the emotional impact of the abortion for these couples due to the interruption of plans for the baby's arrival, which triggered feelings such as sadness, anxiety and helplessness. The action was directed to attentive and judgment-free listening to the parents, jointly, seeking to understand and validate the feelings.

**Keywords:** pregnancy loss; hospital psychology; abortion; fetal death.

---

<sup>1</sup> Graduanda em psicologia pela UEPB. [brunna.barbosa@aluno.uepb.edu.br](mailto:brunna.barbosa@aluno.uepb.edu.br). [brunnavb@gmail.com](mailto:brunnavb@gmail.com).

<sup>2</sup> Psicóloga, Professora Associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da UEPB. [sibelle@servidor.uepb.edu.br](mailto:sibelle@servidor.uepb.edu.br)

## 1.0 INTRODUÇÃO

A gravidez é normalmente associada ao surgimento de uma nova vida e a momentos de alegria. A interrupção da gestação, portanto, contraria a lógica socialmente arraigada de que nascemos, envelhecemos e morremos (AGUIAR E ZORNIG, 2016). Acontecimentos contrários à ideia de uma gestação normal, como o aborto espontâneo, representa uma grande perda para os pais, especialmente para as mulheres, uma vez que seu corpo é submetido a procedimentos médicos ou expulsa o embrião de forma espontânea (LEMOS E CUNHA, 2015). Esse tipo de aborto encontra-se em cerca de 10% a 15% das gestações, podendo ocasionar sentimentos de culpa, sensações de perda e de luto (BRASIL, 2011). Embora casos de aborto espontâneo sejam identificados frequentemente nas maternidades, ainda é escassa a discussão sobre o tema. Segundo Duarte (2020, p. 12) o aborto até então é tido como um tabu social no Brasil e “provoca um véu de silêncio sobre a maternidade muitas vezes negada à mãe do embrião ou feto que não chegou a nascer” (p.12), fator esse que impede uma maior atenção à saúde da mulher.

Sob o viés da Medicina, é considerado aborto quando ocorre a perda gestacional entre 20<sup>a</sup> ou 22<sup>a</sup> semana, sendo o peso médio do feto até 500g, correspondendo a estatura menor ou igual a 25cm, podendo ser espontâneo ou induzido, com ou sem evidências de vida intrauterina (BRASIL, 2022). De acordo com o Ministério da Saúde (2022), é considerado aborto clínico (natural) quando há a confirmação por meio da ultrassonografia ou histologia de que ocorreu a chamada “gravidez intrauterina”, enquanto o termo “perda bioquímica” é utilizado quando é observado a perda por meio de um teste urinário ou o beta-hCG positivo.

Há inúmeros fatores que causam o abortamento, os estudos verificaram que as publicações nos últimos 10 anos, apontam fatores genéticos correspondendo a 43,2% e fatores não-genéticos a 56,8% dos casos. É visto que, entre as causas não-genéticas, é mencionado como risco a idade da mãe maior que 35 anos, baixa escolaridade (mulheres com até 8 anos de estudo), menarca precoce, a baixa renda familiar e o estado de saúde, no qual pode envolver casos como hipertensão, sobrepeso, obesidade e cardiopatias. É importante destacar os fatores infecciosos, como as infecções, além das alterações hormonais que incluem os níveis de progesterona, hiperinsulinemia e hiperandrogenia. Ademais, os fatores genéticos apontados nos estudos foram os polimorfismos genéticos, as alterações cromossômicas, assim os fatores que influenciam no crescimento endotelial vascular, genótipos e receptores para vitamina D. Dessa forma, consta uma grande série de fatores possíveis de ocasionar o aborto, ressaltando também quanto a alta porcentagem dos casos que não pousse as causas identificadas (OLIVEIRA et al., 2020).

A história pregressa de aborto espontâneo é relatada como um fator de risco. Segundo Araújo et al. (2021), o aborto espontâneo recorrente (AER) corresponde quando há três ou mais abortamentos espontâneos de forma consecutiva no primeiro trimestre de gestação, no qual, 15% a 20% das gestações resultam em AER. Assim como o aborto espontâneo, o aborto de repetição é multifatorial, porém, as anormalidades cromossômicas são responsáveis por 50% a 60% dos casos. Dessa forma, é imprescindível o processo de acompanhamento gestacional para que haja o diagnóstico precoce, auxiliando assim na promoção e prevenção da saúde da mulher e do bebê.

A conduta para casos de abortamento espontâneo pode variar de acordo com o tempo de gestação, o desejo da mulher e o quadro clínico no qual ela se encontra. O Ministério da Saúde (2022) lista três condutas. A primeira é a expectante, que diz respeito à eliminação espontânea do feto e pode ser esperada até duas semanas ou mais, caso não haja sinais de infecção. Nesse caso, é importante o acompanhamento da mulher até que ocorra o esvaziamento uterino confirmado por meio dos exames. É recomendável a mudança de

conduta em casos de infecção, hemorragias ou até 4 semanas de espera para expulsão natural. A segunda opção é a medicamentosa, sendo utilizado o misoprostol, que consiste em uma medicação de uso restrito hospitalar. Por último, o manejo cirúrgico também apresenta-se como opção, sendo priorizado em casos de infecção, sangramento intenso, instabilidade hemodinâmica ou comorbidades cardiovasculares. Pode ser aplicado o método da curetagem uterina, aspiração manual ou elétrica, com ou sem dilatação. Dessa forma, é recomendável:

sempre que possível, dar preferência para a aspiração do conteúdo uterino, se possível, pelos riscos de perfuração, maior perda sanguínea, dor, formação de aderências intrauterinas e necessidade de maior dilatação cervical com a curetagem. No aborto tardio, quando há conceito sem batimentos cardíacos e com biometria compatível com a idade gestacional, há necessidade do uso do misoprostol para eliminação do conceito previamente ao esvaziamento uterino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022, p. 48).

Tendo em vista que, diante de tal situação, comumente há sofrimento psíquico, é fundamental atentar-se à saúde mental dos casais que passaram por situações de perda gestacional recorrente (PGR) (OLIVEIRA, 2021). Um estudo longitudinal buscou observar a prevalência de estresse e depressão entre as mulheres com histórico de PGR e àquelas que estavam na tentativa de engravidar sem histórico de perda. Para tal análise, foram utilizados o Inventário de Depressão Maior (Major Depression Inventory – MDI) e da Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – PSS) de Cohen. foi possível identificar que 8,6% das mulheres com o PGR apresentaram maiores escores de depressão, com alto nível de estresse (41,12% das pacientes). Constatou-se que em mulheres com casos de PGR, há uma cinco vezes mais probabilidade de desenvolver depressão, de moderada a grave, quando comparada às mulheres que não enfrentaram tal situação (OLIVEIRA, 2021).

No processo de perda gestacional também há a interrupção de vários planos, com isso, pode haver negação e dificuldade de aceitação ao receber a notícia do óbito (LEMOS E CUNHA, 2017). Assim sendo, o sujeito necessita realizar uma readaptação na sua vida e redirecionar o seu investimento psíquico. Nesse sentido, há várias mudanças da rotina do cotidiano, tais como se desapropriar das características físicas da gestação, dos aspectos hormonais (mudança corporal) e aspectos comportamentais (sentimento de maternidade). Ademais, alguns pais ficam na dúvida sobre assumir ainda a denominação “mãe” e “pai” desse filho. Frente a perda, frequentemente os sentimentos de felicidade e empolgação são substituídos por tristeza, choque, culpa, desamparo e vazio, além da baixa autoestima, dificuldades de concentração, choro, isolamento, agitação e fadiga (NAZARÉ et al., 2010).

O imaginário e as construções sociais contribuem para a associação do gênero à maternidade e às responsabilidades da mãe. À vista disso, a perda gestacional pode ser considerada um fracasso pessoal ou pode ocasionar culpa por algo que poderia ter sido feito para evitar tal perda. Conforme o contexto em que ela está inserida, o ambiente para a perda gestacional pode significar um fator de risco ou fator protetivo no processo de luto (VISINTIN et al., 2020; LEMOS E CUNHA, 2015).

Nos pais, por sua vez, parece haver um imperativo de controlar a tristeza e a vivência do luto, sendo visto como uma figura para proporcionar força da mulher naquele momento da má notícia (NAZARÉ et al., 2017). Portanto, Rosa (2022) aborda que “é comum que esses companheiros não saibam como lidar com a própria dor, e tampouco sabem como manejar de forma efetiva esse apoio direcionado à sua mulher”. Em consonância a isso, no que concerne ao processo de luto parental, tendo em vista que o feto não é visível socialmente, torna-se frequente, por alguns indivíduos e familiares, a tentativa de silenciamento e banalização do sofrimento dos pais, sendo direcionados discursos como “logo você vai ter outro” (LEMOS; CUNHA, 2015). O silêncio familiar pode contribuir para um processo de luto complicado para a mulher que experienciou um aborto espontâneo (ROSA, 2020).



O luto, por sua vez, trata-se de “uma perda de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano” (CAVALCANTI et al., 2013). É compreendido que não existe o denominado “fim do luto”, mas sim o final da sua elaboração, no qual é possível que o indivíduo dê “uma continuidade à sua vida, podendo pensar de forma menos dolorosa no ente perdido, sem os sintomas físicos e comportamentais do luto, superando muitas vezes o sentimento de culpa vem acompanhando o indivíduo durante o processo” (SANTOS et al., 2017).

Vários autores têm sugerido estágios relacionados aos processos de luto, tais como John Bolwby, Parkes e Sanders (WORDEN, 2013). Kubler-Ross (2008), por exemplo, em seu livro clássico “Sobre a morte e o morrer” aponta cinco estágios do luto que o sujeito enfrenta durante o processo da perda, podendo ocorrer ou não de forma linear. A negação é o primeiro estágio que associa-se ao choque temporário, sendo comum nos primeiros momentos do luto. O segundo estágio é a raiva e envolve o questionamento “por que eu?”, sentimentos de revolta, inveja e ressentimento direcionados a outras pessoas, como a equipe no hospital ou a outras mães, que não estão passando pela perda. O terceiro estágio é a barganha, ele caracteriza-se como o menos ameaçador para o sujeito e é comum que as barganhas sejam direcionadas para Deus, envolvendo acordos em prol de um benefício ou prêmio a ser recebido. Ademais, a depressão compõe o quarto estágio, nela o sujeito compreende o que realmente está vivenciando, surgindo de forma mais evidente a sensação de que se perdeu algo. Após a vivência satisfatória dos estágios anteriores, o sujeito vivenciará o quinto estágio que é a aceitação, nela, há maior consciência da morte, é “como se a dor tivesse desvanecido, a luta tivesse cessado” (p. 118).

Worden (2013) propõe as “tarefas do luto” que são etapas a serem vivenciadas pelo enlutado, sendo relevante que ele cumpra as tarefas para favorecer a adaptação ao mundo sem o falecido. A primeira tarefa é “aceitar a realidade da perda” que estimula o indivíduo a compreender sobre o que perdeu e lidar com uma nova realidade. Worden traz que essa tarefa é o oposto da negação que, em alguns casos, impossibilita a vivência do luto. A aceitação requer tempo, visto que envolve a aceitação intelectual e a aceitação emocional. Considerando que o luto é permeado por diversos sentimentos, a segunda tarefa traz a proposta de “processar a dor” em que torna essencial dar atenção às emoções sentidas para que elas não sejam transformadas em sintomas ou em comportamentos que prejudiquem o indivíduo. Alguns lutos não autorizados pela sociedade podem dificultar essa etapa, invalidando o sentimento do sujeito (WORDEN, 2013). A terceira tarefa é “ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta”, nela há os ajustes externos que consistem em adaptar-se a uma rotina sem o sujeito. Os ajustes internos também estão inclusos, pois a perda influencia a autoestima do sujeito, o seu senso de autoeficácia e a definição do seu self. A última tarefa que Worden (2013) propõe é “encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida”, favorecendo um novo ambiente em que esse o falecido seja lembrado de forma que não influencie, de forma negativa, o processo do luto. É significativo que o falecido ganhe outro espaço na vida emocional do enlutado.

O intitulado “luto não autorizado” se configura como aquele que não é aceito socialmente e são silenciados, pode representar “uma vergonha, um estilo de evitação ou para não provocar um confronto com a sociedade e os familiares” (CASELLATO, 2020). Esse luto é comum em casos de aborto espontâneo ou provocado, interferindo na forma como o sujeito lida com a experiência (WORDEN, 2013). Posto isso, o luto não autorizado representa um fator de risco, visto que há uma intensificação do luto, culminando na maior probabilidade da raiva e da culpa serem evidenciadas durante o processo (VIEIRA, 2014).

O luto complicado, conforme Worden (2013), ocorre quando há algum fator de impedimento para adaptação e seguimento do processo de luto que envolve as fases. O autor elabora quatro categorias que auxiliam no diagnóstico do luto complicado, sendo elas: as

reações crônicas de luto, as reações retardadas de luto, as reações exageradas de luto e as reações mascaradas de luto. A primeira categoria, a reação crônica, é caracterizada como o luto prolongado, no qual não houve e não se direciona para a finalização do processo. A segunda categoria diz respeito às reações retardadas de luto, podendo ser denominadas de reações de luto inibidas, suprimidas ou adiadas. Ocorre, comumente, quando o sujeito não vivencia de forma completa as emoções sentidas diante da perda. Concomitantemente, as reações exageradas de luto, são descritas como uma vivência em que o sujeito está ciente do que sente, dos seus sintomas, contudo, há uma intensificação deles, ocasionando sobrecarga, podendo resultar em depressão, ansiedade ou fobia. Por fim, há as reações mascaradas de luto, no qual “os pacientes experimentam sintomas e comportamentos que lhes causam dificuldades, mas eles não reconhecem o fato de que esses sintomas ou comportamentos estão relacionados com a perda” (WORDEN, 2013, p. 102).

É imprescindível a atuação da psicologia no processo de luto parental, no sentido de prevenir o luto complicado e as repercussões emocionais da perda para o par. Os estudos de Vescovi et al. (2022), apontam que a perda gestacional pode acarretar problemas e dificuldades conjugais, sendo importante a comunicação conjugal para o estabelecimento de uma relação segura após a perda. A validação e compreensão do sentimento do outro auxilia no estabelecimento de confiança para partilhar sobre a dor vivenciada, sendo observado aspectos positivos no enfrentamento especialmente para os homens. Dessa forma, é visto que a psicologia auxilia no enfrentamento do luto parental, facilitando a rede de apoio entre o casal e a comunicação conjugal (VESCOVI et al., 2022).

Em suma, os norteadores do atendimento psicológico em casos de perda gestacional consistem em conhecer sobre história da gestação, analisando o seu desejo e a idealização desse filho para os pais. Torna-se também relevante sondar se houveram intercorrências, se há desconfiças sobre a causa, assim como o histórico de perdas anteriores. A situação em que ocorre o abortamento gera impacto para mulher, logo, é relevante analisar como sucedeu. Além disso, é importante facilitar a compreensão do sujeito sobre o que está sendo vivenciado, favorecendo a aceitação do luto e validando os sentimentos para que seja expressado e elaborado (MUZA et al, 2013).

O psicólogo, no contexto hospitalar, irá lidar com a dualidade entre a vida e a morte, no qual cada sujeito sentirá de forma particular essa perda, representando comumente o fim de um sonho ou a interrupção de uma etapa. Diante de um cenário tão delicado, é necessário atentar-se ao padrão de serviço fornecido pelo hospital à mãe e ao acompanhante, analisando os princípios de humanização do serviço, tais como a garantia da ambiência que deve fornecer um espaço confortável, com privacidade e acolhedor (FREITAS et al., 2017; BRASIL, 2013).

Nazaré et al. (2017) recomendam que, diante do casal que está enfrentando o aborto, o psicólogo deve identificar alguns pontos de forma a proceder o atendimento, tal como analisar qual a vivência do luto do momento, investigar se houve outras perdas e as formas de enfrentamento. Ademais, deve-se conhecer a história da gestação, analisando se houve intercorrências, o desejo pelo bebê, a relação conjugal e os significados atribuídos ao bebê. Faz-se mister que seja disponibilizado um momento para o casal, em que o choro seja acolhido e a fala seja ouvida, tendo em vista que essa espaço é insubstituível para assimilação e aceitação (MUZA et al., 2013). Portanto, validar e reconhecer o sentimento de tristeza, desamparo e culpa possibilita que não haja o reforço do “luto não permitido” diante da perda de um bebê. Dessa forma, o psicólogo atua facilitando e favorecendo o processo de elaboração do luto (VIEIRA, 2014). O posicionamento ético do profissional é insubstituível durante o atendimento. Há a necessidade de olhar para o casal como sujeitos com histórias, sonhos e medos, escutando o que eles tem a trazer diante da perda, acolhendo seu sofrimento,

pois “nem sempre se pode avaliar o que representa o bebê para um casal ou para um dos pais” (MORAES, 2021, p.133)

No contexto hospitalar, a Psicologia da Saúde é utilizado com frequência a Psicoterapia Breve de Apoio (PBA), diferenciando-se da psicoterapia tradicional não apenas pela curta duração, mas também quanto à forma que é planejada para o sujeito, estruturada na tríade: atividade, planejamento e foco. Ela é direcionada no “aqui e agora”, utilizada especialmente, em situações de crise, no qual o foco do atendimento é em algum aspecto que esteja bloqueando a capacidade do sujeito em seguir com o enfrentamento da situação. Utiliza técnicas de redução da ansiedade, do aumento da autoestima e respeito às defesas, de clarificação, confrontação, encorajamento e aconselhamento (GOUVÊA, 2000).

Na PBA, são utilizados alguns objetivos direcionados ao alívio do sintoma, tais como a aquisição do paciente a defesas mais adaptativas, aumento da autoestima favorecendo o aumento de novas habilidades, redução da tristeza, não direcionado especificamente para insights ou para a compreensão do conflito intrapsíquico (GOUVÊA, 2000). A aliança terapêutica (AT), ainda segundo a autora, refere-se a ligação estabelecida entre o paciente e o psicólogo, prevalecendo a comunicação, respeito e envolvimento emocional, sendo essencial para a efetivação dos objetivos.

A postura mais ativa do psicólogo e a flexibilidade são características da psicoterapia breve, com isso, “o terapeuta, bastante sensível, perspicaz, muito ativo e mais diretivo, facilita o enfrentamento de conflitos, o que permite que o paciente vivencie sua realidade tal como ela é” (OKUMA et al., 2007). Nesse sentido, podem ser trabalhadas as ansiedades e angústias advindas da perda gestacional, analisando os recursos psíquicos e sociais do paciente, a capacidade de reconhecimento da situação e de elaboração de fala. O psicólogo atua fornecendo uma escuta qualificada livre de julgamentos ao sujeito, acolhendo e compreendendo suas preocupações e angústias, para assim, permitir uma atuação responsável envolvendo a interprofissionalidade, assegurando ao indivíduo o cuidado e a atenção necessária (BRASIL, 2010). Sendo assim, é responsabilidade de todos os profissionais garantir uma assistência acolhedora e humanizada, com a capacidade de reconhecer, empaticamente, a singularidade de cada vivência diante da perda gestacional (LEMOS E CUNHA, 2017, p. 1125).

Isto posto, este artigo tem como objetivo, relatar a experiência de estágio em Psicologia, voltado às mulheres com prognóstico de aborto espontâneo, no âmbito de uma instituição hospitalar pública da cidade de Campina Grande. Visando, dessa forma, ampliar as discussões acerca do sofrimento enfrentado por casais decorrente da perda gestacional e a relevância do psicólogo no contexto hospitalar.

## **2.0 METODOLOGIA**

O presente artigo baseou-se na vivência de estágio realizada no âmbito do componente curricular do décimo período - Estágio das Ênfases II, do curso de Bacharelado em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O estágio foi realizado entre os meses de Abril a Novembro, em uma maternidade pública localizada na cidade de Campina Grande - Paraíba, no qual é referência para diversos municípios do Estado.

Embora as atividades tenham sido realizadas em vários setores da maternidade, escolheu-se relatar a atuação realizada no setor da “Sala de parto”. Neste setor, eram direcionadas mulheres em processo de abortamento e que esperavam a realização de procedimentos médicos, como a curetagem ou a sucção. Semanalmente havia busca ativa às pacientes com diagnóstico de aborto espontâneo nas enfermarias do setor. Primeiramente

eram realizadas consultas aos prontuários, de forma a coletar dados como nome, idade, gestações e perdas anteriores, assim como o procedimento que seria realizado. Posteriormente, acontecia a oferta do atendimento psicológico que eram realizados em cada leito da enfermaria.

A Psicoterapia Breve de Apoio foi utilizada como norteadora desses atendimentos, analisando, conforme cada caso, qual o foco dele, qual o objetivo a ser alcançado e explorado. As técnicas mais utilizadas foram a de redução de ansiedade, clarificação e aconselhamento. O objetivo do serviço psicológico era fornecer o acolhimento às mulheres e acompanhantes, além de realizar a escuta objetivando compreender quais os sentimentos e as histórias relacionadas a cada processo de abortamento.

No intuito de nortear os atendimentos, construiu-se uma “Ficha de Atendimento em Situações de Aborto Espontâneo” (APÊNDICE A), junto à supervisora de estágio da UEPB, tendo como base os primeiros atendimentos realizados e a literatura da área. A ficha buscava apreender alguns dados sobre o caso, tais como o processo de abortamento e internação, rede social pessoal, além de dados pregressos como história gestacional, perdas anteriores e antecedentes psiquiátricos. Além disso, buscou-se conhecer sobre o companheiro/acompanhante, observando como ele estava durante o atendimento, quais os discursos trazidos e a relação com a gestante.

No âmbito da universidade, haviam duas supervisões semanais com a orientadora Sibelle Maria Martins de Barros, que incluíam a discussão de textos e de casos, visando o aprimoramento do serviço prestado. Assim como sucedeu o aprofundamento teórico acerca do aborto, dos procedimentos e dos aspectos psicobiológicos relacionados ao tema. Conforme a experiência em campo, tornou-se essencial também ampliar os estudos referente aos processos do luto e a atuação do psicólogo hospitalar.

### **3.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

No intuito de fomentar a relação teoria e prática, foram escolhidos quatro casos considerados importantes para discussão teórica acerca da perda gestacional enfrentada por casais. Os relatos foram estruturados em ordem cronológica de atendimento, relatando o discurso trazido pelos indivíduos e articulando com a atuação realizada. Houve a utilização de nomes fictícios, de forma a preservar a identidade dos indivíduos.

#### **Caso 1: Brenda e Marcos**

Brenda tinha 38 anos, dois filhos e já havia tido um aborto há 5 meses atrás. Ela encontrava-se em processo de abortamento, enquanto atravessava a 6<sup>o</sup> semana de gestação. Como estava acompanhada pelo seu marido, Marcos, o atendimento foi direcionado ao casal. Brenda chegou ao serviço da instituição devido ao sangramento que se iniciou por volta de 7 dias atrás, contudo, estava evitando a ida ao hospital.

No dia em que ela chegou à maternidade, foi realizada uma ultrassonografia que constatou o processo de abortamento. Nesse momento, ela foi comunicada que, por ser uma aborto retido, necessitaria realizar o procedimento da curetagem. Visando investigar qual o impacto da notícia para a paciente, foi interrogado como ela sentiu-se ao ouvir sobre o prognóstico. Brenda informou que ficou triste e não acreditou no que a médica havia dito.

A paciente relata sobre outros episódios em que realizou algumas ultrassonografias e também não visualizava o embrião, o que gerava uma forte angústia. Ela considerava que poderia, com o passar dos dias, enxergar o embrião e seguir com a gestação, a paciente

permaneceu com essa esperança a cada novo exame realizado. Brenda relatou: “Eu queria muito que Deus fizesse um milagre, pedia para que eu pudesse ver. Sempre rezava por isso”.

Um ponto interessante a ser destacado, direciona-se ao fato de Brenda evitar a ida ao hospital. Por meio dos seus relatos, percebeu-se um processo de negação. A negação é caracterizada por Volpi (2008) como um estado no qual a consciência não aceita algum episódio que ocasiona desregulação ao ego, podendo ocorrer fantasias quanto à realidade, como nos casos de perda gestacional. Kotzent (2017) aponta que negar sensações dolorosas é uma forma de proteção antiga do ego, além disso, também é conhecida como uma das fases do luto, no qual há dificuldade ao lidar com a realidade e com a morte (KUBLER-ROSS, 2008).

Diante dessa percepção da negação, foi questionado se a paciente gostaria de seguir relatando sobre como foram essas semanas de incerteza. Ela respondeu que apesar de estar com sangramento há 7 dias, não foi fácil direcionar-se à maternidade e, no momento, estar aguardando a realização do procedimento também era difícil. Objetivou-se, dessa forma, encorajar e incentivar o discurso a respeito da perda, facilitando a consciência da paciente acerca do que ocorreu (RAMOS, 2016) e contribuindo para que o luto pudesse começar a ser experienciado. Worden (2013) aponta que, no primeiro momento do luto, é relevante que o sujeito possa assimilar o que perdeu e enxergar a realidade da morte como um fator irreversível, saindo da negação e chegando até a aceitação. Todavia, esse processo requer tempo e reinvestimento psíquico.

O foco do atendimento direcionou-se para a primeira fase do luto, mantendo a postura acolhedora e empática frente ao que estava sendo enfrentado pelos pais. Utilizando a Psicoterapia Breve de Apoio, foi aplicada a técnica de clarificação, que possibilita organizar os pensamentos e sentimentos expostos no atendimento pelos pais, no intuito de proporcionar a compreensão sobre a perda, favorecendo a elaboração do luto (GOUVÊA, 2000).

Ao longo da consulta, a paciente chorou em determinados momentos, afirmando que, apesar da gravidez não ter sido planejada, tornou-se muito desejada pelo casal. Lamentando a perda e expressando raiva, questionava a Deus pela sua perda por meio de frases, como: “Por que eu? Por que fui escolhida?”, exprimindo que estava com vontade de desistir de tudo, visto que não entendia o porquê dessa situação ter acontecido com ela.

Brenda afirmou ter o desejo de ter uma próxima gestação, contudo, após esse segundo aborto, a ideia de ser mãe novamente estava sendo abandonada devido ao medo e a incerteza de uma nova gestação. A atuação voltou-se à minimização da ansiedade e a prevenção do sentimento de culpa, esclarecendo sobre a importância de buscar outros profissionais no intuito de descobrir a possível causa do abortamento. Foi destacado que o aborto é comum entre as mulheres, embora pouco falando, pode ter vários fatores relacionados, tais como genéticos, fatores infecciosos, entre outros, por isso é necessário a investigação médica.

Durante o atendimento, notou-se que Marcos estava com o semblante triste, e, em alguns momentos, se emocionava. O pai também mantinha-se próximo de sua companheira, ouvindo suas demandas e acariciando-a. Buscou-se compreender como ele estava se sentindo, para também entender o seu processo de luto. Com isso, ao ser perguntado em relação ao seu estado emocional, ele relatou, brevemente, que estava triste e sobre o quanto era difícil vê-la nessa situação, mas que iria se amparar em Deus e seguir acreditando nos planos que Ele tinha para os dois, pois “Ele que sabe o que é melhor, sabe de tudo”, afirmou Marcos. Em situações de luto, percebe-se que a religião é um recurso utilizado com frequência. Deus é utilizado como figura em que se busca apoio e explicações para o que está sendo vivenciado, concomitantemente, há o aumento da fé nos seus planos de Deus, contribuindo para que o indivíduo sintasse-se confortado (DE BRITO et al., 2016).

Foi oportunizando esse espaço de escuta para o pai, afirmando que o momento era proporcionado para os dois, tendo em vista que o foco geralmente é a mulher e o pai muitas

vezes é negligenciado. No entanto, sua fala sobre si foi breve, direcionando seu discurso para Brenda. Com isso, foi validado os sentimentos vivenciados por esse pai, articulando com a psicoeducação sobre o processo do luto, afirmando que a perda de um filho impacta na vida dos pais e é necessário um período de tempo para a construção de novos significados frente a perda.

Muitas vezes, por acreditarem que não podem expressar o que está sentindo, os pais utilizam menos espaço de fala. Esse homem é visto, frequentemente, como figura de força e de apoio para mulher, com isso, há dificuldade ao lidar com a sua dor e com o sofrimento da companheira, fator esse que pode interferir na rede de apoio estabelecido entre eles e no processo de luto de ambos (ROSA, 2022). Nesse sentido, é imprescindível que seja fornecido esse espaço para elaboração do luto, sendo um papel tanto do psicólogo quanto da equipe do hospital (VIEIRA, 2014).

## **Caso 2: Maria e Lucas**

Maria tinha 28 anos, encontrava-se na maternidade devido ao abortamento incompleto que ocorreu em sua gestação às 9 semanas e 4 dias. Possuía 4 filhos e estava vivenciando o seu segundo aborto. No momento da consulta, encontrava-se acompanhada do seu marido, Lucas, de 45 anos. O atendimento foi em torno de 50 minutos, com maior tempo de duração devido à demanda de fala do casal. A paciente relatou um grande desejo pela gestação e por exercer mais uma vez o papel materno, comentando que: “queria muito ter ela em meus braços, tocar, dar de mamar para ela, dar muito carinho, pegar no colo. Fico imaginando isso”.

Maria não esperava por essa perda e não reconhece alguma causa que tenha ocasionado. Ao decorrer da sua fala, Maria relatou sobre seu aborto anterior que ocorreu no final do ano de 2021, recordando que, caso seu bebê estivesse vivo, estaria completando 7 meses de vida. Segue abordando que esse último aborto ocorreu em casa, e sobre a expulsão do feto que foi espontânea: “perdi tudo em casa, queria que esse agora fosse como o primeiro”. Maria demonstrou medo do procedimento, ao averiguar o porquê desse sentimento, ela alegou que não tem conhecimentos sobre como é realizado e não conhece ninguém que passou pelo mesmo.

Essa apreensão em relação ao procedimento da curetagem estava sendo permeado por desinformação e fantasias. Visando reduzir essa ansiedade e o receio, explicou-se brevemente sobre o procedimento e, posteriormente, ao final do atendimento, no intuito de mediar a relação entre paciente e equipe, foi solicitado que a enfermeira esclarecesse as dúvidas da paciente.

A mãe descreve que já havia ganhado algumas roupas dos familiares e não sabia o que iria fazer com elas. Além disso, afirmou sobre os planos de iniciar a construção do quarto do bebê, entretanto, devido o aborto, isso não seria mais possível. Tendo em vista que é importante que a mulher possa compreender aquilo que está perdendo (ROSA, 2020), buscou-se escutá-la sobre esse futuro sem o bebê e a quebra de planos, auxiliando na primeira tarefa do luto que corresponde a consciência dessa perda e da realidade sem o bebê (WORDEN, 2013).

Fica evidente a frustração da mãe por não poder exercer mais uma vez a maternidade, apesar de ter quatro filhos. Esse fato demonstra o quanto a maternidade ainda é valorizada por várias mulheres atualmente, mesmo em condições de vulnerabilidade social, como no caso dessa família. O fato de Maria ter engravidado pouco tempo depois de seus aborto, 7 meses, pode também indicar o desejo do casal.

A personalização do bebê de Maria e Lucas, as roupas presenteadas pela família e o planejamento do quarto indicam o investimento afetivo que o casal e a família vinham

realizando. A desconstrução desse futuro estava sendo um processo doloroso, sendo demonstrado por aspectos como o semblante de tristeza, os choros do casal e pelo o ato da mãe olhar as imagens da ultrassonografia durante o atendimento

Desvincular-se do que foi idealizado requer tempo para que novas elaborações sejam realizadas. Para facilitar esse processo, a atuação permitiu a livre associação, estimulando a fala para que a angústia fosse dissipada. A postura de acolhimento e compreensão foi mantida durante o atendimento, buscando entender a dor da família, respeitando o processo inicial do luto e não apressando essas fases (SANTANA E BRITO, 2022).

Lucas encontrava-se sentado ao lado da maca da esposa e no momento do atendimento, expressou a tristeza diante do diagnóstico. Argumentou que a semana estava bem difícil, pois o sangramento havia iniciado há 6 dias atrás e piorou no dia anterior à internação na maternidade. O pai lembrou o falecimento recente do seu irmão, destacando em seu discurso o quanto foi doloroso perdê-lo e, com a perda gestacional, estava sentindo novamente essa dor. Para ele, o abortamento significa “a mesma coisa de tá perdendo um filho”, demonstrando o impacto do falecimento. Nesses discursos, Lucas fez menção a Deus, afirmando sobre os planos dele na ocorrência dos dois falecimentos.

Lucas se emocionou diversas vezes durante o atendimento, esse choro foi acolhido, enfatizando que, o momento do atendimento é um espaço para vivenciar e expressar essa dor. Enquanto estava emocionado, ele relatou que imaginou como seria o seu filho, imaginando que seria um menino, expressando seu desejo de que ele fosse feliz e tivesse uma boa profissão.

Os relatos de Maria demonstram surpresa diante do ocorrido, além de relatar o interesse em descobrir a causa aborto. Ao decorrer dessa fala de Maria, o seu marido recordou que há 7 dias atrás a gestante havia caminhado cerca de 24km com seus 4 filhos e sofreu um susto com uma cobra no caminho, o que poderia ter ocasionado o aborto. Nesse momento, foi ressaltada as causas multifatoriais do aborto e importância de se investigar o motivo para que a saúde de Maria seja preservada.

A técnica da psicoeducação foi utilizada, no sentido de transmitir informações sobre o processo de luto e os sentimentos que poderiam emergir e perdurar durante os dias, tais como tristeza, choro persistente e desânimo, destacando que são característicos do luto. Essa técnica tem como propósito proporcionar uma compreensão acerca do processo que está sendo vivenciado para os indivíduos, de forma a permitir maior compreensão sobre o período de enfrentamento (MAIA et al., 2018).

Destaca-se, durante a escuta, o desejo do casal pela gestação, quando Maria relata o desejo de segurar e fornecer carinho ao bebê, desejando que fosse uma menina. Assim como o pai idealizava o filho como um homem e imaginando um bom futuro para seu filho. Esse fato demonstra como o vínculo e as fantasias vão sendo construídas ao decorrer da gestação, logo, ao ser interrompida de forma inesperada, há maior impacto na vida do sujeito, podendo influenciar nas fases do luto (ROSA, 2020; WORDEN, 2013).

Além disso, um outro aspecto a se atentar diz respeito às perdas recentes do casal, que correspondem ao segundo aborto e a perda de um ente querido, irmão de Lucas. São aspectos que podem ser estressores para o sujeito, pois representam um luto atravessado pelo outro. Para que não haja risco de complicações, é necessário a vivência desses lutos de forma completa, perpassando pelas tarefas de aceitar a perda, processar a dor e encontrar novos significados para os falecimentos. Worden (2013) pontua que, quando há múltiplas perdas, o sujeito pode ter maiores dificuldades em sentir a dor decorrente das situações. À vista disso, é recomendável explorar um luto de cada vez de forma individual, evitando o desenvolvimento do luto complicado.

A vontade em estar em casa, indica um incômodo de Maria por encontrar-se no hospital. Tal fato pode ser compreendido pelas instalações do próprio hospital, em que as

enfermarias são compartilhadas com puérperas com seus filhos recém-nascidos, além da falta de privacidade e a escassez de lençóis e medicamentos. A postura dos profissionais de saúde também pode influenciar, devido a pouca assistência prestada ao fornecer informações sobre o procedimento que seria realizado.

### **Caso 3: Laura e Everton**

O terceiro atendimento foi fornecido a Laura (18 anos) e ao seu marido Everton (27 anos). Laura estava com 22 semanas de gestação, não possuía filhos, havia passado por 2 perdas anteriores, com isso, contabilizava a 3<sup>o</sup> perda consecutiva. A gravidez não havia sido planejada, mas era muito desejada por Laura e Everton, tendo em vista que representava o primeiro filho do casal. Minutos antes do início do atendimento, a paciente havia expelido o feto e encontrava-se com os lençóis sujos de sangue, afirmando que estava muito incomodada com isso, pois sentia o sangue se espalhando para o restante do corpo e a equipe não havia realizado a troca do lençol.

Laura apresentava incômodo pois encontrava-se exposta na enfermaria, seminua e com os lençóis sujos. Observando a falta de ambiência, foi questionado se ela gostaria que o biombo fosse posicionado de forma se separá-la das outras pacientes, ela afirmou que sim, e visando garantir a humanização do serviço, foi atendido o pedido de Laura. A paciente não havia sido informada em qual momento seria direcionada ao centro cirúrgico para realizar o procedimento da curetagem, com isso, declarou que estava ansiosa para receber alta, pois gostaria de mudar de roupa, sair da maternidade e ir rapidamente para casa. A angústia e o receio em estar no hospital, pode se caracterizar como um evento estressor, por já ter vivenciado outros abortamentos e por estar em um ambiente com assistência limitada.

Laura comentou sobre sua última perda, narrando que: “na outra vez não foi assim, sabe? Eu coloquei pra fora e não precisou disso, mas eu quis muito ver ele”. Esse aborto havia ocorrido há 1 ano e 1 mês do atual. Segundo ela, seu filho tinha algumas malformações, que não tinham sido constatadas nos exames. Assim, ao vê-lo ficou assustada, pois “ele era diferente, o queixo estava mais pra cima, as orelhas também não estavam muito no lugar [...] a enfermeira já entregou ele todo enrolado e até ela se assustou. Também me assustei quando vi porque não imaginava”. Houve repetições no discurso acerca dessa última perda. Ela rememorou que o levou para ser enterrado na sua cidade e o seu estado emocional ficou debilitado, resultando no surgimento do quadro depressivo. Esse aborto, portanto desecandeu sentimentos como tristeza, medo e choque, especialmente, ao olhar o bebê. À vista disso, considerando que o profissional deve proporcionar o desenvolvimento do luto, fazendo com que o sujeito possa ter compreensão sobre o que ocorreu (WORDEN, 2013), foi disponibilizado condições para que ela revivesse o episódio da perda anterior, estimulando a fala para facilitar a consciência da perda e do impacto, assim como permitir a diferenciação entre os abortos.

No que concerne à perda atual, a paciente acreditava que era necessário “se controlar” para recair e retornar ao estado que estava quando vivenciou a última perda. Ela expressou o medo ao chegar em casa e não saber como lidar com a situação da perda. Laura havia finalizado o acompanhamento psicológico e interrompido o uso do antidepressivo. Nessa perspectiva, tendo como base a PBA, a estagiária trouxe à baila a possibilidade de retorno ao psicólogo para o acompanhamento psicoterápico, conjugado com a ida ao psiquiatra, tendo em vista que houve a interrupção do antidepressivo por conta própria. Dessa forma, foi destacada a importância dos profissionais para o enfrentamento do luto.

A paciente falou sobre uma consulta que havia realizado na semana anterior devido à infecção urinária, porém a médica não solicitou exames e não prescreveu remédios, com isso, Laura retornou para casa. Ela aborda que sentiu algumas dores e imaginou que seria



decorrente da infecção, ressaltando que não tinha conhecimento sobre o impacto da infecção urinária para as gestantes e, por essa razão, deslocou-se ao hospital apenas no dia seguinte. Ao realizar o exame de ultrassom foi visto que seu bebê não estava vivo, o que provocou um choque para os pais.

Laura relatou que estava receosa de Everton desenvolver um quadro depressivo, porque no seu último relacionamento, o seu outro companheiro vivenciou a depressão após a perda. Ao citar esse medo, buscou-se ressaltar que, embora a história passada seja semelhante em alguns aspectos com essa, atualmente ela encontra-se com outro sujeito, enfatizando que cada perda é única e há um intervalo de tempo entre elas que culminam em mudanças pessoais e sociais. A preocupação pelo marido seguiu sendo expressa por meio de falas como: “Ele não tinha vivido isso ainda, eu já. Ele tá meio revoltado hoje, deu até um murro na parede porque a enfermeira não veio me ver. Foi lá fora fumar algumas vezes também, isso é frequente”. Percebe-se, portanto, que além de lidar com sua dor, ela reconhece e se preocupa com o estado emocional do seu companheiro, que também sofre com a perda, expressando raiva. Contudo, a forma em que ele expressa a raiva pode ser um fator estressor para a paciente, o que reforça a necessidade de acolhimento ao homem. De forma a compreender melhor o relacionamento entre eles, Laura foi convidada a relatar como era a relação dos dois. Dessa forma, foi dito que era uma relação boa, em que havia diálogos constantes e cuidado dele para com ela, o que sugere uma dinâmica conjugal satisfatória e com fatores protetivos.

Durante o atendimento Everton se mostrou participativo ao responder alguns questionamentos, contudo, necessitou sair da enfermaria 2 vezes, pois a enfermeira solicitou, devido a realização de um procedimento em outras mulheres que também estavam na enfermaria. Ao ser investigado como ele estava, nota-se que seus olhos ficaram com lágrimas, o olhar se dispersou e relatou “não tem nem palavras né, pra falar”, afirmando que que estava sentindo tristeza, porque não esperava que isso iria acontecer e vê-la naquela situação era ruim, abordando o desejo da gravidez. Notou-se o sentimento de raiva do pai, sendo expresso por reclamações à equipe e socos na parede. A raiva é um sentimento comum frente a uma perda, sendo sentida acompanhada de indignação. Essa emoção pode ter origem no desamparo vivenciado ou na frustração pela interrupção de um plano, porém, independente da origem, ela é sentida e, por vezes, deslocada aos profissionais do hospital, à algum familiar ou sujeitos que apareçam no contexto (WORDEN, 2013). Diante dessa raiva, procurou compreender como ele estava se sentindo ao estar no hospital, porém, ele não conseguiu falar sobre sua experiência. Freitas e Michel (2014) sinalizam que a dificuldade ao nomear o que sente está associada a singularidade de cada dor sentida. Dessa forma, a postura adotada foi de acolhimento em relação a dor sentida, de maneira mais interventiva, visando reduzir a ansiedade, relatando sobre o quanto é comum sentir-se triste e desnorteado, pois é um acontecimento inesperado que afeta a família.

Laguna e col. (2021) ressaltam que a atuação do psicólogo efetua-se de modo a facilitar a forma como o sujeito está se sentindo e como inicia-se o processo do luto. Sob a perspectiva das tarefas do luto (WORDEN, 2013), foi demonstrado durante o atendimento disponibilidade para escutar o que estava sendo dito, possibilitando que, por meio da fala, haja consciência sobre a morte e que os sentimentos como medo, tristeza e raiva fossem experimentados pelo casal.

#### **Caso 4: Vitória e Tadeu**

O quarto atendimento direcionou-se à Vitória e ao seu marido Tadeu, com 41 e 35 anos, respectivamente. O casal havia chegado horas antes do início do atendimento. Ao questionar o motivo da internação, a paciente chorou e afirmou que havia perdido o líquido

amniótico, com 18 semanas da gestação, durante a consulta com a médica. Após o acontecimento, ela foi encaminhada para o leito da sala de parto. Encontrava-se aguardando a avaliação médica, pois seu bebê ainda estava com o coração batendo e, portanto, não saberia qual o procedimento que seria realizado.

Visando investigar a história da gestação, constatou-se que a gravidez foi muito desejada. A paciente afirmou que teve 2 perdas anteriores, porém, houve muito planejamento para que essa gestação ocorresse: “desde o último aborto, escolhemos dar um intervalo de 1 ano para tentar novamente, foi, mais ou menos, 6 meses tentando engravidar”. Vitória transparecia a angústia por não saber qual a explicação dos abortamentos, expressando que foi a primeira gestação que ocorreu a perda do líquido.

Tadeu estava posicionado ao lado da sua esposa e também destacou o sonho de ter esse filho. O casal realizava todos os exames necessários no pré-natal. O pai traz a lembrança da ultrassonografia, pois nela o casal conseguia ouvir o coração do bebê. Tadeu disse que: “Vamos investigar o que está acontecendo, porque já é a terceira perda dela. Ela tem uma filha, mas precisou tomar um remédio no 8º mês para segurar [...] não sei se é ela que está expulsando ou algo do corpo dela”. Essa fala pode atribuir algum tipo de culpa à Vitória, com isso, foram direcionadas alguns questionamentos, buscando desconstruir essa possível culpa. Dessa forma, buscou-se conhecer se havia semelhança entre os abortos. Com isso, Tadeu afirmou que não havia similaridade, pois nessa ocorreu a perda total do líquido e ela estava sendo acompanhada por médicos desde o início. Diante da fala do pai, favorecendo a redução da ansiedade, foi afirmado que há diversas causas para o aborto espontâneo, no qual apenas avaliações e exames ginecológicos poderiam identificar o motivo.

Segundo Worden (2013) “o luto, tanto de homens quanto de mulheres, costuma se focar no sonho perdido de um futuro desejado”, sendo explicitado durante o atendimento. Diante disso, também foi expresso pelo casal o desejo de uma outra gestação, na tentativa de um percurso normal.

É visível que, devido ao curto espaço entre a notícia e a internação, o casal ainda estivesse em choque, que é característica da primeira fase do luto, buscando entender o que havia ocorrido. Com isso, torna-se marcante a repetição nas falas de Tadeu ressaltando que, ao decorrer das 18 semanas, o casal havia adotado todos os comportamentos necessários. Vitória realizava ações constantes de passar a mão na barriga, além disso, chorou diversas vezes enquanto relembrava o episódio da perda do líquido amniótico e também ao ouvir seu marido relatar a tristeza que estava sentindo.

A atuação focou em acolher os sentimentos vivenciados e compreender o que o casal estava sentindo após a notícia. Vitória ficava em alguns momentos em silêncio, o que faz parte do processo de elaboração do luto e do choque sentido. Como destacam Muza e colaboradores (2013), no contexto da interrupção da gestação de forma abrupta, a mulher não deixará de exercer e de se sentir mãe tão rapidamente. Haja vista que um dos norteadores do trabalho do psicólogo hospitalar é a identificação da rede de apoio, houve o reforço quanto ao fortalecimento do vínculo e da conversa entre os dois nesse momento difícil. A rede social de apoio construída entre o casal é de grande contribuição para o enfrentamento do luto, evitando o desenvolvimento do luto complicado e favorecendo os processos de resiliência, a partir do estabelecimento de um ambiente favorável para a vivência dos sentimentos (FRANQUEIRA et al., 2015)

Ademais, a escuta empática fez-se presente, expressando palavras de conforto como “sinto muito pela sua perda”, favorecendo a aliança terapêutica. É visto que o trabalho do psicólogo em casos de luto, utilizando a psicoterapia breve, favorece o alívio da dor sentida, o resgate de estratégias de enfrentamentos e colabora com a consciência frente ao luto. Para que esses objetivos fossem atingidos foi mantida durante todo o atendimento a postura de apoio e confiança ao casal (SILVA et al., 2017). Por fim, frente a angústia vivenciada pelos

pais, foi comunicado sobre a disponibilidade do serviço da psicologia para atendê-los, caso desejassem durante o dia.

Observa-se, a partir dos casos analisados, a necessidade e a relevância do psicólogo inserido no contexto hospitalar, especialmente, nos casos de abortamento, tendo em vista que, os casais os sujeitos atendidos encontravam-se tristes, desconsolados e iniciando o processo de luto. Pôde-se perceber que, independentemente do tempo de gestação, o aborto significou, para muitos casais, a interrupção de uma história e de um sonho que estava sendo realizado.

Nos casos atendidos, o intervalo entre o recebimento da notícia e a internação foi pequeno, dessa forma, alguns casais encontravam-se em estado de negação ou choque. Além disso, o período aguardado para a realização do procedimento era envolto de uma forte angústia, tendo em vista, que além dos sentimentos experienciados, havia o medo devido a desinformação do procedimento. Com isso, é relevante que, diante da vulnerabilidade emocional enfrentada pelos indivíduos, os profissionais sejam sensibilizados e estejam preparados para prestar uma assistência humanizada.

É relevante observar que, em todos os casos, havia sido o segundo ou terceiro aborto, o que caracteriza maiores riscos de desenvolver ansiedade e depressão. Além disso, as mulheres não haviam realizado investigações sobre os motivos das perdas, podendo culminar no sentimento de culpa e na repetição de outras perdas gestacionais, sendo relevante a orientação quanto a necessidade de uma investigação realizada por profissionais da saúde, como médicos ginecologistas.

A atuação baseou-se em propiciar, ainda que breve, um momento no qual o sujeito pudesse expressar a angústia vivenciada frente ao aborto. Nesse sentido, direcionou-se a atuação para o favorecimento do luto normal, evitando que o “luto não autorizado” seja reforçado e prevenindo o desenvolvimento do luto complicado, com isso, houve o estímulo para que o sujeito falasse sobre a perda e os sentimentos experienciados a partir dela. Ademais, após a assistência psicológica prestada, foi possível analisar o alívio de sintomas vivenciados no momento, sendo expresso pela mudança de semblante e por agradecimentos ao final do atendimento.

Por fim, visto que no ambiente hospitalar há a necessidade do trabalho interprofissional, houve dificuldades encontradas ao tentar articular o serviço da psicologia com os outros, visto que a assistência prestada pela equipe do setor mostrou-se deficiente, além da dificuldade de comunicação ao questionar algo ou ao solicitar determinado atendimento. Além disso, a falta de ambiência tornou-se desencadeador de sentimentos negativos aos sujeitos, no qual, algumas mulheres encontravam-se expostas no corredor do setor, caracterizando a falta de privacidade e o descumprimento da Política Nacional de Humanização que garante espaços agradáveis e confortáveis, além de ações direcionadas ao acolhimento e à defesa dos direitos dos usuários.

#### **4.0 CONCLUSÃO**

Conclui-se que a experiência de estágio permitiu o conhecimento da dinâmica da assistência prestada aos casais em situação de abortamento e a assistência da psicologia no setor hospitalar. Tendo em vista a angústia vivenciada pelos casais frente ao aborto espontâneo, foi possível verificar que fatores como a história da gestação e o desejo pela gravidez interferem no modo como o luto começa a ser experienciado. Notou-se que, desde o princípio da gravidez, a maioria dos pais já idealizavam como a criança seria ao nascer e estabelecia um vínculo com esse bebê. Além disso, percebeu-se a necessidade de direcionar a assistência aos homens pais, que geralmente tendem a ocupar um lugar de coadjuvante nesse

processo, calando-se, muitas vezes. Dessa forma, percebe-se a necessidade de prestar o atendimento psicológico aos homens que acompanham suas esposas, uma vez que a assistência volta-se, comumente, à mulher, por ser esta que gestou a criança.

No contexto hospitalar, os casais ainda estão buscando compreender a recente notícia da perda gestacional, lidando com um cenário com sentimentos conflitantes e em um ambiente institucional, por vezes, não muito acolhedor. Lidam com suas perdas e, ao mesmo tempo, assistem gestantes entrando em trabalho de parto, uma vez que estão no mesmo ambiente de sala de parto. É relevante, portanto, mudanças na ambiência institucional, na comunicação e acolhimento da equipe de saúde, incluindo a Psicologia, no sentido de prestar informações, validar sentimentos e assim, permitir que o luto decorrente do abortamento seja vivenciado e reconhecido. A grande demanda de pacientes e os poucos recursos financeiros caracterizam uma realidade institucional desafiadora. Contudo, torna-se necessário a reavaliação da assistência direcionada aos casais, por meio de um verdadeiro trabalho interprofissional no ambiente hospitalar. Acredita-se que apenas assim, tais mães e pais que perderam seus filhos terão seus direitos respeitados e resguardados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Helena Carneiro; ZORNIG, Sílvia. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos da Clínica**, v. 21, n. 2, p. 264-281, 2016.

BARBOSA, Tayane et al. A causalidade do abortamento espontâneo: uma revisão integrativa  
The causality of spontaneous abortion: an integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 16045-16057, 2021.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 35-43, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. 2. ed. atual. e ampl. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

CAMARGO, Bruna da Mota. Atuação da psicóloga hospitalar diante da ocorrência de morte perinatal. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 6, n. 11, p. 95-114, 2021.

CASELLATO, Gabriela. **Luto por perdas não legitimadas na atualidade**. Summus Editorial, 2020.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tania Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicólogo informação**, v. 17, n. 17, p. 87-105, 2013.

DA SILVA, Solange; CARNEIRO, Maria Izabel Pereira; ZANDONADI, Antônio Carlos. O luto patológico e a atuação do psicólogo sob o enfoque da psicoterapia dinâmica breve. **Revista Farol**, v. 3, n. 3, p. 142-157, 2017.

DA SILVA MAIA, Rodrigo et al. Aplicação da Psicoeducação na Saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 20, n. 2, p. 53-63, 2018.

DA ROSA, Beatriz Grupp. Perda gestacional: Aspectos emocionais da mulher e o suporte da família na elaboração do luto. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 9, n. 2, p. 86-99, 2020.

DE ARAÚJO, Daniel Alencar et al. Etiologia genética do aborto recorrente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 25673-25677, 2021.

DE BRITO, Hérica Landi; SEIDL, Eliane Maria Fleury; COSTA-NETO, Sebastião Benício. Coping religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar. **Contextos Clínicos**, v. 9, n. 2, p. 202-215, 2016.

DE CARVALHO MARTINS, Aline; BARROS, Geiza Martins; MORORÓ, Géssica Martins. Paternidade na gestação e parturição: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 3, p. 485-493, 2018.

DE MORAIS, Lorena Ribeiro. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. 2008.

DUARTE, Melissa Maria de Oliveira. O sangue que ninguém quer ver: reportagem digital sobre a história de mulheres que sofreram aborto espontâneo. 2020.

FRANQUEIRA, Ana Maria Rodrigues; MAGALHÃES, Andrea Seixas; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 32, p. 487-497, 2015.

FREITAS, Amanda Pereira Barbosa et al. Abortamento espontâneo: vivência e significado em psicologia hospitalar. **Rev Científica Semana Acadêmica**, v. 1, n. 105, p. 1-11, 2017.

FREITAS, Joanneliese Lucas de; MICHEL, Luís Henrique Fuck. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. **Psicologia em estudo**, v. 19, p. 273-283, 2014.

GRANATO, T. M. M. (2006). Modelo de Pesquisa em Psicologia da Saúde. In F. Bortoletti (org.), *Psicologia na Prática Obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 141-150). São Paulo: Ed. Manole.

GOUVÊA, A. H. Psicoterapia Breve de Apoio. In Lemgruber,V. **O Futuro da Integração - Desenvolvimentos em Psicoterapia Breve**. Porto Alegre/RS : ArtMed, 2000.

IACONELLI, Vera. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, p. 614-623, 2007.

KOTZENT, João Paulo. Mecanismos de defesa. 2017.

LAGUNA, T. F. dos S. .; LEMOS, A. P. S. .; FERREIRA, L.; GONÇALVES, C. dos S. . O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 10, n. 6, p. e5210615347, 2021.

LEMOS, Luana Freitas Simões; CUNHA, Ana Cristina Barros da. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, p. 1120-1138, 2015.

MORAES, Maria Helena Cruz de. Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico. Curitiba: Appris, 2021.

MUZA, Júlia Costa et al. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia: teoria e prática**, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013.

Nazaré, B.; Fonseca, A.; Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Perita – Revista Portuguesa de Psicologia*, (3), 37-46.

NUNES, Silvia Alexim. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. **Psicologia Clínica**, v. 23, p. 101-115, 2011.

OLIVEIRA, Elaine Cristina Fontes de et al. Perda gestacional de repetição: aspectos psicóticos e terapias comportamentais. **Femina**, p. 699-704, 2021.

OLIVEIRA, Maria Tânia Silva et al. Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 361-372, 2020.

OKUMA, LP. Psicoterapia breve e sua implicação na prática obstétrica. In: Bortoletti FF, Moron AF, Bortoletti Filho J, Nakamura MU, Santana RM, Mattar R. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Barueri: Manole; 2007. p. 47-51.

RAMOS, Vera Alexandra Barbosa. O processo de luto. **Revista Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 13-24, 2016.

ROQUE, Ana Rita; ESTEVES, Maria Lapa. O processo do luto na ausência do corpo. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 1, n. 1, p. 627-633, 2009.

SANTANA, Samara Dantas Figueredo; DE AGUIAR BRITO, Nayana Brunio. O luto perinatal invisível na perspectiva da mulher: Contribuições da psicologia. **Facit Business and Technology Journal**, v. 2, n. 36, 2022.

SANTOS, Renato Caio Silva; YAMAMOTO, Yuri Molina; CUSTÓDIO, Lucas Matheus Grizotto. Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. **Psicologia**, p. 1-18, 2017.

SIMONETTI, Alfredo. Manual da psicologia hospitalar: o mapa da doença. 8.ed - São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

VESCOVI, Gabriela et al. Conjugalidade e parentalidade subsequentes à perda gestacional: revisão sistemática. **Revista da SPAGESP**, v. 23, n. 1, p. 159-174, 2022.

VISINTIN, Carlos Del Negro; INACARATO, Gisele Meirelles Fonseca; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. Imaginários de mulheres que sofreram perda gestacional. **Estilos da Clínica**, v. 25, n. 2, p. 193-209, 2020.

VIEIRA, D. **Uma visão psicológica dos processos de luto em abortamentos**. 2014. (Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado em Psicologia publicada). Universidade Católica de Brasília, Taguatinga, Brasil.

VOLPI, José Henrique. Mecanismos de defesa. **Artigo do curso de especialização em Psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2008.**

WORDEN, J. William. Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais de saúde mental. São Paulo: Roca, 2013.

## APÊNDICE A - FICHA DE ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE ABORTO ESPONTÂNEO



### FICHA DE ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE ABORTO ESPONTÂNEO

Nome: Idade: Município onde reside:
Idade gestacional:
Quantas gestações anteriores?
Já teve alguma outra perda?
O tipo de procedimento que passará:
Tem informações sobre o procedimento? Quais? Foram fornecidas por quem?
Tem medo/fantasias sobre o procedimento?
Caracterização do aborto: como ocorreu?
Como soube da notícia?
Há suspeitas do motivo da perda?
A família/companheiro já sabem? Como foi a reação?
Qual foi o dia de chegada ao hospital? Como foi o processo de chegada até a sala de parto?
A gestação foi planejada? Se não planejada, tornou-se desejada?



Qual a rede social pessoal?
Qual a configuração familiar?
Estratégias de enfrentamento:
Fatores de risco:
Em caso de OFIU, há o desejo da família em ver e se despedir do bebê?
Há antecedentes psiquiátricos? Faz/já fez utilização de medicação?
Principais sentimentos/discursos trazidos:
Quais as percepções em relação ao acompanhante? Como ele estava?
O que foi relatado quanto à assistência prestada?

## AGRADECIMENTOS

À Deus que me concedeu saúde e sabedoria ao decorrer do curso, permitindo que eu chegasse até o final.

À minha família, por todo auxílio e dedicação, em especial aos meus pais, Rossana Vieira e José Júnior, que sempre investiram e priorizaram a minha formação. À minha irmã, Amanda Vieira, que é fonte de inspiração e apoio. Além do meu irmão, Vitor Hugo que é sinônimo de alegria e motivação.

Aos professores que inspiraram o meu eu profissional e humano. Principalmente, à minha orientadora, Profa. Dra. Sibelle Maria Martins Barros, que tornou-se um grande exemplo para mim e contribuiu grandemente com o presente trabalho, auxiliando com indicações e correções.

Ao meu namorado, Matheus Vinicius, que segue remando o barco da vida comigo, além de ter auxiliado e me incentivado durante 4 anos da graduação.

Aos amigos que estão presentes na minha vida, transmitindo boas energias e compartilhando os prazeres e desprazeres da vida. Com ênfase, às amigas da graduação, Débora Nadjay e Sabrina Meneses, que impulsionam minha caminhada e representam amor, felicidade e cumplicidade.

Por fim, um enorme agradecimento à Brunna Vieira desses 5 anos de formação, que não desistiu e ressignificou os caminhos trilhados.