

Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: relato de experiência

Tamires dos Santos Rios

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia
sob orientação da Prof.^a Dr.^a Débora Dalbosco Dell’Aglío
e co-orientação da Psicóloga Clínica Ms. Cláudia Simone Silveira dos Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

2013

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTO	4
EPÍGRAFE	5
RESUMO	6
Capítulo I. INTRODUÇÃO	7
1.1 Perda Fetal: definições e prevalência	8
1.2 Aspectos psicológicos da perda fetal	9
Capítulo II. RELATO DE EXPERIÊNCIA	17
2.1 Descrição do caso clínico	18
2.2 Evolução no tratamento	20
Capítulo III. DISCUSSÃO DO CASO	27
Capítulo IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	39
Anexo A. Termo de Consentimento do Uso de Dados	39

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas
que já enfrentaram
um luto pela perda de alguém

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai/avô, *Oswaldo (in memorian)*. Por ter apostado no desejo de uma menina de 16 anos que decidiu ser psicóloga. Pela sua incrível habilidade de acreditar em mim. Por tê-la exercido até o final.

A minha mãe/avó *Noemy* e minhas irmãs, *Anna e Daniela*. Pelo apoio, pela compreensão e por todos os risos que me proporcionam...

Aos *amigos!* Pelo carinho, pelos “ouvidos” e pela torcida. Não vou citá-los porque não caberiam aqui, mas tenho certeza de que vocês sabem quem são.

À professora Dra. *Débora Dalbosco Dell’Aglia*. Pela disponibilidade de sempre, pela compreensão nos momentos difíceis e por aceitar me acompanhar no processo de criar e recriar este trabalho.

À psicóloga *Cláudia Simone Silveira dos Santos*. Pelo acolhimento no estágio e na produção deste trabalho. Acima de tudo, porém por me mostrar todos os dias a beleza e os desafios intrínsecos à prática do psicólogo hospitalar, reafirmando em mim o desejo de investir na área.

Especialmente às *pacientes que atendi no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aos seus familiares*. Pela sua coragem em confiar a uma estagiária as suas demandas. Sem isso, não existiria este trabalho e tampouco a psicóloga que hoje eu sou.

Foi um privilégio contar com todos vocês.

EPÍGRAFE

*“E assim, chegar e partir
São só dois lados
Da mesma viagem
O trem que chega
É o mesmo trem da partida
A hora do encontro
É também despedida”*

Encontros e despedidas
(Milton Nascimento e Fernando Brant)

RESUMO

Através do relato de atendimento de um caso clínico, destaca-se a importância de observar as especificidades do luto por perda fetal ao traçar intervenções psicoterápicas. O atendimento de paciente com perda fetal foi realizado em hospital público geral de referência, incluindo a intervenção psicológica desde o pós-parto e a psicoterapia breve focal subsequente. As particularidades deste tipo de luto são discutidas a partir da literatura científica atual sobre o tema. Parte-se do entendimento de que um óbito fetal encerra uma experiência (a gestação) marcada por mudanças físicas, sociais e psicológicas para a mulher. Além disso, a interação com o bebê, baseada essencialmente na atribuição de significados por parte da mãe para os movimentos físicos do filho, também é interrompida abruptamente. A partir disso, ocorre um processo de luto específico, associado à perda de um projeto de vida, que, em geral, tende a ser subestimado em nível cultural e social. Discute-se através do caso apresentado a relevância de intervir também com o pai do bebê e outros familiares que mais tarde irão compor a rede de apoio da paciente. Além disso, destaca-se a importância do diálogo com a equipe médica a fim de garantir que o plano de tratamento previsto contemple as demandas específicas das pacientes que sofreram óbitos fetais. É importante que os psicólogos possam estar capacitados para o atendimento a esses casos, de forma a identificar a necessidade de tratamento para enfrentar o processo de luto e a melhor maneira de conduzir sua intervenção. No caso estudado, conclui-se que o papel da intervenção psicológica foi de oferecer suporte emocional e social, reconhecendo o sofrimento diante da perda e legitimando um espaço para falar sobre essa experiência e com isso, iniciar o processo de elaboração.

Palavras-chave: *Perda fetal; luto; psicoterapia; psicologia hospitalar.*

Capítulo I

INTRODUÇÃO

Desde a perspectiva subjetiva, a gestação permite a constituição das primeiras vivências efetivas da maternidade, tendo em vista as mudanças na identidade e no comportamento da mulher, além da vinculação com seu bebê. Também por isso, a gestação e o parto costumam estar associados a fantasias e tendem a se constituir em episódios marcantes na história da mulher. Nos casos em que ocorre uma perda fetal, porém, o momento do parto assim como o processo de luto são marcados pela especificidade de perder alguém que ainda não nasceu. A partir do estudo das repercussões emocionais deste tipo de evento seria possível traçar intervenções coerentes com o processo específico a ser enfrentado por essas mulheres. Com a presença de psicólogos nas equipes médicas hospitalares torna-se possível intervir desde o plano de tratamento médico previsto para essas pacientes até o enfrentamento do processo de luto após a alta. Daí a importância de revisar casos e trazer à discussão diferentes modelos de intervenção.

1.1 Perda Fetal: definições e prevalência

A maternidade é considerada culturalmente uma das experiências mais marcantes no desenvolvimento da mulher. A gestação é entendida, então como uma fase de transformação permeada por diversos fatores biológicos, sociais e psicológicos. À medida que a mulher se reorganiza frente a essas mudanças, sua identidade, relações interpessoais e visão de si também são reformuladas. Deste modo, a gestação pode ser entendida não como um período prévio à maternidade, mas como as primeiras vivências efetivas nesse papel (Gomes, Lopes, Nardi, & Piccinini, 2008).

Nesse sentido, as experiências relacionadas à gestação, especialmente o parto, tendem a suscitar fantasias positivas ou negativas prévias ao seu acontecimento e a serem revividas nas lembranças da mulher, posteriormente. Em estudo de Lopes,

Donelli, Lima e Piccinini (2005), foi constatado que após três meses ainda se observavam repercussões do parto no estado emocional das entrevistadas e que, as mesmas poderiam se estender por toda a vida. Há situações, porém em que a gestação culmina não no nascimento mas sim no óbito do bebê. Por definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), perda fetal é “a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de o feto, depois da extração, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011; Oliveira, 2005).

No campo emocional e psicológico, quando uma gestação é interrompida pela perda do bebê, inicia-se um processo de luto diferenciado a ser enfrentado pela mãe e pela família. A morte de um feto está associada também à perda de um projeto de vida (Defey *et al.*, 1992). Além disso, o fato de a gestação ser frequentemente vivida como um momento de plenitude pode aumentar os riscos para efeitos traumáticos quando da ocorrência da perda (Iaconelli, 2007).

No que concerne à perspectiva da psicologia, a perda fetal tem sido abordada na literatura científica, especialmente no sentido de capturar as vivências subjetivas das mulheres que experienciam a perda de um bebê (Carvalho & Meyer, 2007, Duarte & Turato, 2009; Santos, Rosenburg, & Buralli, 2004). Destaca-se a relevância de investigar as particularidades do luto associado à perda fetal comparativamente aos lutos associados a outros tipos de perda. Por exemplo, é comum reviver nuances do processo de luto - mesmo após sua elaboração - ao encontrar uma criança que tem a mesma idade que teria o seu bebê (Defey, Diaz, Niñez, & Terra, 1992) ou ainda ao decidir sobre ter ou não uma nova gestação (Bowlby, 1973/1980). Em estudo de Gonzáles, Bello, Calva, López e Pichardo (2011), a maioria das mulheres entrevistadas referia sensação extrema de dor, independentemente do número de meses transcorridos desde o óbito fetal.

Em termos de prevalência, a taxa atual de óbitos fetais no Brasil é de 19,3/1000 nascidos vivos. Conforme relatório do Ministério da Saúde este índice considerado alto

quando comparado a outros países, não tem apresentado redução significativa nas últimas décadas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009).

Mantém-se então um quadro no qual estão associados o alto índice de perdas fetais ocorridas no país, suas repercussões emocionais e a participação de psicólogos nas equipes médicas hospitalares. Com isso, torna-se necessário investigar casos que podem levar a uma melhor compreensão acerca dos processos específicos na elaboração deste luto pensando na promoção de intervenções eficazes com estas pacientes.

1.2 Aspectos psicológicos da perda fetal

Brazelton (1988) entende que o contato estabelecido entre mãe e filho durante a gestação não se restringe ao plano físico. Ou seja, o contato entre a gestante e o feto não seria somente corporal, mas também emocional. O feto vive experiências a partir das experiências da mãe e “responde” a elas com movimentos corporais diversificados. A gestante é capaz de sentir essas reações do bebê e de, muito frequentemente atribuir significados específicos a elas, como se a mãe estivesse conhecendo seu bebê, mesmo antes do nascimento. Essa interação entre mãe e bebê já contribui para o desenvolvimento do comportamento de apego na mãe. Freire e Chatelard (2009) acrescentam que em uma perda fetal a gestante vivencia um luto verdadeiro, mas também uma perda objetal e, inclusive uma dor narcísica porque se trata da perda de uma parte de si, de um amor idealizado, de uma esperança e da possibilidade de eternizar-se.

Bowlby (1973/1980) identificou fatores que podem incidir sobre a vivência do luto, de maneira geral: identidade e papel da pessoa perdida; idade e sexo da pessoa enlutada; causas e circunstâncias da perda; circunstâncias sociais e psicológicas que afetam a pessoa enlutada na época da perda e depois dela; personalidade do enlutado, especialmente o padrão de relações afetivas e de reação a eventos estressores. Dentre esses fatores, a personalidade é destacada pelo autor como a variável mais importante, visto que todas as outras causarão maior ou menor impacto a partir de sua interação com a personalidade do indivíduo.

Defey *et al.* (1992) apontam fatores de risco para a vivência de um luto patológico especificamente nos casos de perda fetal: gestação na adolescência; ausência de companheiro; drogadição; transtornos psiquiátricos; retardo mental; vivência de maus-tratos ou negligência na infância; vivência anterior de perda fetal, perinatal ou neonatal; rejeição ou ambivalência inicial diante da descoberta da gestação; não-realização de cuidados no pré-natal; alterações de humor frente à gestação, tais como depressão ou ansiedade; vivência de alguma situação estressora concomitante à gestação (dificuldades financeiras ou conjugais, por exemplo); processo de hospitalização prolongado durante a gestação e suas consequências (por exemplo, necessidade de delegar a outras pessoas os cuidados com outros filhos) e ter filhos maiores com transtornos físicos ou mentais. Além desses, Carvalho e Meyer (2007) sugerem ainda a ocorrência da perda em fase avançada da gestação - *Perda gestacional tardia* – como um fator de risco para o desenvolvimento de luto patológico. Nessa mesma perspectiva, Montero *et al.* (2012) entendem que a perda ocorrida em fase inicial da gestação costuma estar mais associada à perda de ilusões e expectativas da gestante enquanto que a perda em fases mais avançadas envolveria também a perda do vínculo já estabelecido com o bebê.

Gonzáles *et al.* (2011), durante estudo para a validação da versão mexicana da *Perinatal Grief Scale* (Ritscher & Neugenbauern, 2000) – “*Escala de Duelo Perinatal*”, chamaram atenção para o fator ‘culpa’. Este fator foi inserido na versão mexicana da escala em função de que, juntamente com o fator ‘depressão’ explicou a maior parte da variância total da amostra. Ainda segundo os autores, esse dado vai ao encontro do que já se refere na literatura de que o sentimento de culpa pode interferir na intensidade do luto. Dessa forma, é aconselhado que os clínicos observem a possibilidade de um luto patológico, quando houver presença de culpa e depressão em pacientes enlutadas.

Em meio à notícia do óbito fetal, muitas vezes, observa-se o medo da própria mulher e/ou dos seus familiares de que ela desenvolva um quadro depressivo. Também é comum a produção de fantasias positivas ou negativas acerca do aspecto físico do bebê, sendo que estas podem repercutir inclusive no posicionamento do casal com relação ao desejo de ver ou não o corpo do filho (Carvalho & Meyer, 2007). Amthauer *et al.* (2012) salientam a importância de que os familiares e, especialmente, o pai do

bebê sejam avaliados e incluídos no atendimento multidisciplinar, embora a equipe tenda a direcionar a intervenção somente à paciente.

O fato de não possuir lembranças de momentos vividos junto do filho pode gerar confusões acerca da perda e da própria existência dele. Nos relatos posteriores de mulheres que viveram uma perda fetal é recorrente a sensação de estar sonhando em vez de estar vivendo a situação da perda, ao mesmo tempo em que se manifesta um desejo de rememorar repetidamente o acontecimento (Defey *et al.*, 1992). Também são comuns durante o processo de luto aflição, raiva, irritabilidade, preocupações com a imagem do bebê morto, sonhos com ele e sentimentos de vergonha (por não ter dado à luz um bebê sadio, essencialmente) e culpa (por não ter obtido sucesso nos cuidados com o bebê), especialmente por parte das mães (Bowlby, 1973/1980). As pacientes podem referir também medo ou sensação de que estão enlouquecendo. Isso está relacionado ao sentimento de desamparo que a perda provoca e é compreendido como sendo reativo ao processo de luto quando ocorre durante as primeiras semanas após a perda (Worden, 1998).

Além disso, é importante observar e intervir frente aos planos de uma nova gestação, após uma perda fetal. A associação entre luto complicado e adaptação a uma nova gestação costuma se refletir em sintomas depressivos e ansiosos além de uma pior percepção de qualidade de vida. Nesse sentido, é importante sensibilizar o casal enlutado sobre os riscos de uma nova gestação sob essa condição emocional e sobre a importância do estado psicológico dos pais ao gestar um bebê (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011). Freire e Chatelard (2009) destacam ainda que por defesa ao sofrimento em uma nova perda, a gestante pode não se envolver afetivamente com a gravidez, com o bebê e consigo mesma enquanto mãe. Além do mais, as pacientes enlutadas devem ser desencorajadas a tomar quaisquer decisões importantes nesse momento, pois podem fazê-las no sentido de fugir da realidade da perda (Worden, 1998). Estudos têm sido realizados acerca desta temática e foi dada a denominação de ‘síndrome do bebê de substituição’ e/ou ‘síndrome da criança vulnerável’ a este fenômeno que está associado tanto à dificuldade de elaboração do luto pela criança perdida, como à dificuldade de vinculação com a criança sobrevivente (Vidal, 2010).

No que tange à rede de apoio, pode ser difícil estabelecer um padrão de suporte emocional aos pais do bebê, tendo em vista que se trata da perda de alguém que os amigos e familiares pertencentes à rede de relacionamentos do casal não conheceram (Defey *et al.*, 1992). Além disso, as peculiaridades deste tipo de perda podem torná-la difícil para a compreensão e até mesmo para o reconhecimento por parte de quem não viveu uma experiência similar. Em nossa cultura, geralmente a intensidade de um vínculo é associada ao tempo de relacionamento. Dessa forma, a identificação de quem sofreu a perda com seu objeto pode ser desconsiderada nos casos de perda fetal, o que dificulta o processo de reconhecimento e elaboração da perda pelo próprio enlutado (Iaconelli, 2007). Bittencourt, Quintana e Velho (2011) e Casellato (2005) questionam sobre o impacto dos padrões socioculturais de luto na vivência singular de cada paciente enlutado, no sentido de que demonstrações consideradas muito excessivas ou muito discretas com relação ao padrão esperado poderiam levar à exclusão social desse sujeito. Isto é, a rede de apoio do paciente pode passar a oferecer-lhe menos suporte conforme o julgamento social acerca de como deve ser o processo de elaboração do luto para aquela perda. Esse questionamento reforça a ideia de que o luto não é somente um processo individual, mas também social.

Conforme Casellato (2005), o luto por perda fetal refere-se a uma perda ambígua. Quer dizer, uma perda em que não há muita clareza sobre o objeto perdido ou até mesmo se isso constitui uma perda ou não. Perdas ambíguas tendem a gerar lutos não reconhecidos socialmente o que induz à negação por parte do enlutado, intensificando os sentimentos de culpa, raiva, medo e vergonha em nível psíquico. Assim, o luto pode permanecer inalterado por anos até ser acionado por uma nova perda, por exemplo.

Durante o atendimento hospitalar a um caso de óbito fetal, é importante que a equipe multiprofissional considere o processo de luto que a paciente vivenciará ao traçar as intervenções e planos terapêuticos antes, durante e após o parto (Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006). Iaconelli (2007) ressalta que o tratamento dado a estas pacientes também pode aumentar o potencial patológico deste tipo de perda. Quanto a isso, o psicólogo exerce uma função importante, já que seu papel na equipe multidisciplinar é justamente salientar, para os outros profissionais, a individualidade dos pacientes e os aspectos

subjetivos no quadro clínico e na relação entre paciente e equipe, contribuindo assim para a humanização do atendimento (Bruscato, Kitayama, Fregonese, & David, 2004). De modo geral, a equipe precisa estar sensível para avaliar se há necessidade de ajuda profissional por parte da paciente no processo de enfrentamento da perda. Cabe ao psicólogo discutir junto à equipe qual a melhor maneira de ajudá-la, afinal não havendo padrão de reações frente à perda também não se pode considerar um padrão de intervenção (Bittencourt, Quintana, & Velho, 2011).

É importante considerar que o impacto da morte fetal muitas vezes é vivido também pelos profissionais de saúde, uma vez que esses também estão submetidos ao discurso sociocultural que atinge a rede de apoio dos pais enlutados. Binotto (2005) sugere pensar em um mecanismo de negação do sofrimento associado à perda, ao qual os profissionais também poderiam recorrer como forma de se manterem íntegros para realizarem o seu trabalho. A autora atribui esta negação à perpetuação de discursos e práticas que legitimam o direito dos profissionais de se manterem neutros e não se envolverem com a subjetividade da paciente neste momento, delimitando sua atenção aos aspectos físicos. Porém, através desse comportamento do profissional corre-se o risco de reforçar a tendência da paciente a negar o impacto emocional frente ao óbito do bebê. Amthauer, Sand, Hildebrandt, Linck e Girardon-Perlini (2012) estudaram a perspectiva dos profissionais de saúde acerca da perda gestacional e observaram que há consciência por parte desses da sua dificuldade em se aproximar das pacientes que sofreram uma perda. Além do mais, há a sensação de impotência quanto à possibilidade de oferecer auxílio emocional para a paciente, sendo que esta sensação pode estar associada à supervalorização das intervenções farmacológicas, conforme os autores.

Em estudo realizado por Montero, Sánches, Montoro, Crespo, Jaén e Tirado (2012) os profissionais de saúde identificaram os seguintes sentimentos quando entravam em contato com perdas perinatais: pena, ansiedade, insegurança, ressentimento, culpa, raiva, sensação de fracasso e impotência. Os autores associam estes sentimentos principalmente à falta de conhecimento sobre manejo nessas situações e sugerem a criação de programas de treinamento específicos para o cuidado e intervenção clínica em casos de perda perinatal.

Amirali e Dias (2010) entendem que a morte pode significar o fracasso no cuidado com o paciente que é justamente o cerne do trabalho de enfermagem, por exemplo. Ou seja, isso poderia contribuir para a dificuldade no manejo do profissional com essas pacientes. Apesar disso, os autores acreditam que o tempo de experiência e a vivência pessoal contribuem para a compreensão da situação.

Em meio a esse contexto sociocultural, Silva e Nardi (2011) entendem o processo psicoterapêutico como uma ferramenta que produz alívio – entre outras razões – por permitir que a paciente fale do bebê e da sua vivência de luto. É como se, ao permitir que a paciente exponha seus sentimentos com relação à perda, o psicólogo constituísse o apoio e o reconhecimento social necessários à elaboração do luto (Freitas, 2000).

Durante a intervenção psicológica com estas pacientes, é preciso observar que a perda ocorrida engloba não só o bebê, mas também a perda do sentido que elas vinham atribuindo às suas próprias vidas nos últimos meses (Defey *et al.*, 1992). Ao identificar a necessidade de psicoterapia, especificamente, é importante destacar à paciente o caráter optativo deste acompanhamento, característica comum a todos os processos psicoterapêuticos no ambiente hospitalar como forma de respeitar a individualidade e a autonomia dos pacientes (Penna, 2010). Na psicoterapia breve focal – técnica frequentemente usada no contexto hospitalar – há objetivos relacionados ao foco do tratamento, porém mantem-se a possibilidade de outras mudanças. É frequente no tratamento de pessoas enlutadas que, por exemplo, surjam dificuldades mais profundas relacionadas a perdas anteriores (Freitas, 2000). Basso e Wainer (2011) sugerem esta modalidade de tratamento nesses casos porque permite de maneira mais rápida a complexa readaptação e restauração do funcionamento pessoal intrínsecas ao processo de elaboração do luto e necessárias para o alívio de sintomas.

Uma vez que a paciente reconhece a necessidade de tratamento durante esta fase, é importante que o terapeuta entenda que a função desta intervenção extrapola o alívio do sofrimento emocional. Trata-se principalmente de auxiliar a paciente a enfrentar conflitos inerentes à perda ativando recursos internos próprios para vivenciar este período. Assim, é muito útil conhecer o padrão de resposta emocional da paciente em outras situações estressoras, conhecer as suas preocupações e hierarquizá-las (Basso &

Wainer, 2011; Penna, 2010). Além disso, conforme Silva e Nardi (2011), trabalhar as diferentes fases e aspectos do luto desde uma perspectiva psicoeducativa reduz níveis de ansiedade que são frequentemente observados neste tipo de perda. É recomendável que o tratamento inicie uma semana após o sepultamento respeitando a fase de choque ou de negação inicial intrínseca ao luto (Worden, 1998).

Worden (1998) organizou didaticamente o processo de elaboração do luto em quatro diferentes tarefas a serem realizadas pelo enlutado. A primeira delas - *Aceitação da realidade da perda* – basicamente consiste em aceitar que a perda ocorreu, sua irreversibilidade e o seu significado sem recorrer à negação como forma de defesa emocional. É fundamental colocar a pessoa enlutada a falar sobre a perda a fim de que ela se dê conta da mesma. Binotto (2005) destaca a importância para o sucesso nesta fase de que os profissionais de saúde controlem a sua própria angústia frente à situação e permitam que as pacientes expressem sua dor. Os rituais tradicionais em cada cultura são úteis, pois registram o real da perda auxiliando na sua aceitação. O enterro, por exemplo, significa o fechamento e a criação de um espaço para que os enlutados possam se relacionar com suas memórias e sentimentos, porém é preciso respeitar o desejo de alguns pais de não fazer ritual algum e, muitas vezes, de nem mesmo entrar em contato com o corpo do bebê. A segunda tarefa de Worden (1998) – *Elaboração da dor da perda* – significa permitir-se sentir a dor pela perda atribuindo-lhe significado. No caso das perdas fetais, essa tarefa pode vir a ser extremamente difícil, tendo em vista a tendência social a negar o significado da perda e, conseqüentemente a tendência do enlutado a evitar manifestar sua dor perante as outras pessoas. A terceira tarefa – *Ajustamento a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu* – refere-se a reorganizar-se sem a pessoa perdida quanto aos papéis que pertenciam a ela ou ainda delegando-os a terceiros e quanto aos próprios valores acerca da vida e da morte. A última tarefa de elaboração do luto ‘*Reposicionamento em termos emocionais da pessoa que faleceu e continuar a vida*’ trata de ajudar o paciente a definir um novo espaço em sua vida emocional para essa relação. É importante observar que nesta concepção de Worden (1998) não há cronicidade ou hierarquização de tarefas bem como ressaltar o caráter didático desta divisão, tendo em vista que no processo normal de elaboração do luto, a paciente poderá realizar mais de uma das quatro tarefas simultaneamente.

De modo geral, o processo de luto é considerado finalizado quando o paciente enlutado consegue falar da pessoa falecida sem dor. Entende-se que isso significa que o afeto daquela relação já foi reinvestido, de modo que pode ser observada saudade e até mesmo tristeza, mas não o mesmo aspecto doloroso de antes (Worden, 1998). Nos casos em que os sobreviventes não conseguiram entrar em contato com a perda e, portanto não conseguiram elaborá-la, o luto é adiado podendo manter consigo sofrimento e estagnação. Além disso, é provável que os conflitos seguintes na vida da pessoa sejam atravessados por esse luto não resolvido (Binotto, 2005).

Tendo em vista a relevância da temática do luto após perda fetal para a psicologia, pretende-se com este estudo aprofundar os conhecimentos sobre a dinâmica deste tipo de luto. Para isso, será apresentado um relato de experiência a partir do qual serão examinados diferentes elementos da perda fetal. Entende-se que este caso contém elementos específicos que podem auxiliar no entendimento de algumas particularidades da vivência de perda gestacional.

Capítulo II

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de atendimento psicoterápico breve focal de abordagem psicodinâmica e com foco na elaboração de luto realizado no ambulatório de um hospital geral público de referência. A paciente em questão teve duas perdas consecutivas, tendo a sido a primeira classificada como neonatal, isto é, ocorreu durante os primeiros vinte e oito dias de vida da criança segundo definição da OMS (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011; Oliveira, 2005) e a segunda como perda fetal. O caso foi escolhido por entender-se que suas particularidades podem contribuir para o entendimento da vivência de perda fetal. Para realizar-se o estudo foram consideradas as normas éticas da instituição hospitalar na qual o atendimento foi realizado e da instituição de ensino na qual o estudo foi realizado. Nesse sentido, foram resguardados os dados pessoais da paciente que pudessem identificá-la de alguma forma e foi solicitada a sua autorização para a realização do estudo após exposição dos seus objetivos, métodos e grau de alcance em termos de publicação científica. Cabe ressaltar que a paciente não recebeu nenhum tipo de benefício ou foi prejudicada de qualquer forma em função da realização deste estudo.

Para a análise do caso, foi utilizado o material disponível na literatura científica atual sobre o tema da perda fetal. Incluíram-se também informações sobre o atendimento psicoterápico breve focal com orientação psicanalítica e/ou de apoio para elaboração de luto.

2.1 Descrição do caso clínico

Relata-se aqui o caso da paciente Maria, 30 anos de idade, sexo feminino, casada, mãe de uma filha com 11 anos de idade, de relacionamento anterior. Maria foi internada ainda gestando o seu primeiro filho com o marido, José, 25 anos que não tinha filhos. A paciente estava internada em hospital de referência por sintomas de pré-eclampsia sobreposto à hipertensão arterial prévia. O quadro de pré-eclampsia corresponde à ocorrência de hipertensão após as 20 primeiras semanas de gestação,

geralmente inicia no segundo trimestre de gestação e é caracterizado pelo desenvolvimento de hipertensão, proteinúria ou edema ou ambos com desaparecimento até 12 semanas após o parto. Costumam aparecer cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012). A perda fetal ocorreu na trigésima segunda semana de gestação. Serão utilizados nomes fictícios para preservar o sigilo do caso.

Maria, 30 anos, teve três gestações, sendo que na primeira delas não houve intercorrências durante o período gestacional ou no parto, tendo o bebê nascido a termo e apresentado um bom desenvolvimento posterior (sua filha de 11 anos). Maria teve a primeira perda na segunda gestação. Era a primeira tentativa de engravidar de José, 25 anos, seu atual companheiro. Tratava-se de uma gestação não planejada, porém desejada e por isso bem aceita pelo casal. Durante o pré-natal, realizado em hospital geral da rede pública, foram anunciados sinais e sintomas de complicações relacionadas ao quadro de pré-eclampsia grave (CID 014.1). O casal foi alertado da gravidade do caso e das chances de que a criança não sobrevivesse. A menina nasceu prematuramente na vigésima sétima semana de gestação, permaneceu internada na UTI Neonatal e foi a óbito com sete dias de vida. Tanto Maria quanto José apresentaram as reações esperadas de imediato, tais como: choque, raiva, choro e tristeza. Além disso, optaram por ver a criança a fim de se despedir dela. Do mesmo modo cumpriram com rituais religiosos e sociais como, por exemplo, o funeral. Ambos classificaram a experiência como tendo sido extremamente dolorosa para si e para a filha de Maria que aguardava a chegada da irmã. É provável, porém que o processo de elaboração do luto pela perda desta criança tenha sido negado em termos emocionais e psíquicos quando o casal decidiu gestar novamente. Ambos referiram em atendimentos posteriores que a ideia de uma terceira gestação originou-se a partir da dor por haver perdido esta primeira filha. Isto é, havia a expectativa de que a sobrevivência de uma criança gestada em uma gravidez acompanhada desde o início pela equipe médica pudesse pôr fim à dor e à culpa que sentiam desde a perda anterior.

O casal iniciou o acompanhamento médico antes mesmo de engravidar, no sentido de verificar qual seria o melhor momento para gestar novamente, ou seja, o momento em que Maria estivesse fisicamente preparada para engravidar. Durante este

acompanhamento e também durante o pré-natal foi estabelecido ótimo vínculo e relação de confiança entre o casal e a equipe médica. Ambos primavam por aderir às recomendações médicas e acreditavam que, em função disso não haveria riscos para a criança. Entretanto, novamente foram detectados sinais e sintomas condizentes com o quadro de pré-eclâmpsia, desta vez associado ao quadro de hipertensão arterial em que Maria se encontrava desde a gestação anterior. Assim, Maria foi hospitalizada com pouco mais de 31 semanas de gestação. Durante a internação, conforme relatos posteriores, o casal oscilou entre reviver a gestação anterior que culminou em uma perda perinatal e seguir investindo afetivamente nesta nova gestação. Manteve-se, porém a relação de confiança com a equipe.

Sobre o dia do óbito fetal, Maria relata que estava se sentindo diferente e que chamou por algumas vezes as profissionais responsáveis pelo seu atendimento naquele turno. A paciente relata que sentia dores, ainda que estas não fossem absolutamente fortes, porém sentia-se diferente e em função disso, chamava pelas profissionais seguidamente para aferir a pressão arterial. A verificação da pressão deveria ocorrer de seis em seis horas e as profissionais cumpriram o estabelecido pela equipe. Na próxima aferição de pressão arterial não foi possível auscultar os batimentos cardíacos do feto. Ao ser encaminhada para o Centro Obstétrico, Maria já havia se dado conta do que acontecera. Segundo ela, na gestação anterior, presenciou o atendimento de uma perda fetal ocorrida com a paciente que estava no mesmo quarto que ela e identificou as semelhanças entre os procedimentos. Após avaliação no Centro Obstétrico, foi constatado o óbito do feto e a equipe médica encaminhou os procedimentos para a cesárea.

O marido de Maria preferiu não presenciar o momento do nascimento. Maria refere este momento como havendo sido extremamente confuso e doloroso e, em alguns momentos, esboçou sentimento de raiva do marido por tê-la deixado sozinha. A confusão referida pela paciente foi atribuída, especialmente à rapidez com que tudo ocorreu. Diversas vezes a paciente reforçou: *“Seis horas antes ela estava viva. E do nada, estava morta. E eu tive que ir para a cesárea, em que não iria nascer ninguém”* (sic.). A criança foi mostrada à paciente ainda em condições de nascimento, isto é, não havia sido higienizada. Várias vezes durante a psicoterapia, Maria referiu o desejo de

ver a menina mais uma vez, porém isso lhe foi negado pelo marido por entender que ela não teria condições emocionais de ver a criança. Maria ressentia-se por não ter outra imagem da filha para guardar. O desejo de poder segurar a filha e falar para ela olhando em seu rosto (ainda que a menina não pudesse ouvir) não pode ser atendido, somando-se às muitas outras faltas inerentes ao processo de luto por perda fetal, como a falta do vínculo com aquele bebê, a falta daquele projeto de vida e especialmente a falta da identidade construída ao longo da gestação e da dinâmica de relacionamento conjugal que havia sido estabelecida durante a gestação.

2.2. Evolução no tratamento

O caso de Maria foi conhecido pela equipe de psicologia do hospital através de um chamado realizado pela equipe médica durante o plantão de uma das profissionais do Serviço de Psicologia. O óbito fetal havia ocorrido poucas horas antes e a consultoria para a psicologia foi emitida em função de que a família e a própria paciente apresentavam reações emocionais bastante intensas que, em muitos momentos, foram direcionadas à equipe do hospital na pessoa de uma profissional, em específico. O primeiro atendimento foi realizado no leito, no centro obstétrico e envolveu a paciente, seu marido e os familiares presentes.

Tratava-se de uma família expressando seu sentimento de revolta e desamparo. Havia por parte dos familiares a angústia e o desconforto frente a mais uma perda fetal de Maria. Nesse sentido, atribuir a culpa pela perda a uma profissional poderia ser uma maneira de evitar que Maria atribuísse essa culpa a si própria. Observou-se disponibilidade por parte dos familiares para oferecer suporte à paciente, entretanto naquele momento somente conseguiam investir nessa estratégia de culpar um terceiro. Grande parte do atendimento girou em torno da certeza de que se poderia atribuir a perda fetal a uma falha no atendimento do hospital. Preponderavam o choque e a raiva. O atendimento foi realizado no sentido de oferecer continência a estes sentimentos e de restabelecer a vinculação da família com o hospital. Trabalhou-se junto à equipe médica a importância de restabelecer a efetividade da comunicação com a família e a paciente naquele momento. Além disso, foram reforçadas junto aos familiares, as condutas

necessárias para amparo emocional da paciente naquele momento. Embora tenha sido receptiva ao atendimento da psicologia, nesse primeiro momento, a família teve dificuldade para considerar qualquer outro elemento que não fosse direcionar a culpa a alguém externo à família. A conduta sugerida pela psicóloga que avaliou o caso inicialmente foi de que a paciente necessitaria acompanhamento psicológico durante a internação e que, havendo demanda por parte dela, deveria ser atendida em psicoterapia breve focal após a alta, no ambulatório de psicologia, com frequência semanal.

O caso foi repassado no dia seguinte para a estagiária de psicologia clínica que estaria responsável por estes atendimentos. Durante o primeiro atendimento, Maria estava acompanhada por familiares que seguiam bastante angustiados. A paciente apresentava algumas das reações esperadas, especialmente culpa que também ela dirigia à profissional do hospital. Porém, chegou a dizer que pensava em fazer uma bobagem (sic.), dando a entender que considerava se colocar em risco. A paciente chegou a acrescentar que, havendo escolha, desejaria que o marido optasse por salvar a vida da filha e não a dela. Observou-se que embora a família de Maria constituísse importante rede de apoio no sentido de acolher e compreender o sofrimento dela por estar vivendo sua segunda perda fetal, ao mesmo tempo havia parte desse sofrimento que era difícil suportar e não conseguindo, a família reforçava o movimento de Maria de atribuir a culpa pela perda à equipe do hospital.

Durante o atendimento seguinte, ainda na unidade de internação obstétrica se repetiu a mesma situação. Entretanto, Maria conseguiu falar da culpa que sentia por não conseguir dar um filho ao marido. Ela repetiu por algumas vezes: *‘E agora, como é que ele (referindo-se ao marido) fica? O sonho dele é ter um filho. O que eu digo para ele?’*. O marido de Maria, tratado aqui por José, 25 anos de idade estava presente neste atendimento e manifestava principalmente sua raiva frente ao ocorrido. Em dado momento, deu a entender que pretendia prejudicar de alguma forma a profissional que no entendimento da família era a responsável pela ocorrência da perda. Ao término deste atendimento foi proposta diretamente à Maria a possibilidade de iniciar o acompanhamento psicoterapêutico no ambulatório de psicologia. Maria mostrou disponibilidade e interesse afirmando que já estava ciente de que necessitaria de ajuda profissional. O encaminhamento da consulta foi fornecido a José que também referiu

estar ciente da necessidade de tratamento para Maria. De maneira geral, apesar de atribuírem a culpa pela perda fetal a uma profissional, o casal não rompeu o vínculo de confiança com a equipe médica. No que concerne à psicologia, ambos tinham conhecimento sobre o objeto dessa ciência e de que forma poderiam ser beneficiados pela psicoterapia, manifestando interesse pelo atendimento.

O terceiro atendimento com Maria na internação obstétrica foi fundamental para o seu processo psicoterapêutico. Objetivamente, poderia-se dizer que foi neste atendimento que Maria estabeleceu relação de confiança, iniciou processos transferenciais e, portanto iniciou o processo de vinculação à terapeuta. A paciente encontrava-se pela primeira vez, sozinha. Estava pensativa e, pela primeira vez, fora da cama. Maria esteve mais sensibilizada às intervenções psicológicas de modo que foi possível falar inclusive da perda anterior. Maria referiu novamente seu sentimento de culpa por não poder dar um filho ao marido e também a revolta com o hospital e com a própria medicina, em função de ter perdido a criança gestada sob tantos cuidados médicos. Neste momento foi possível observar que, distante dos familiares, Maria conseguia dedicar-se a tratar do que mais lhe fazia questão naquele momento: a dor pela perda da filha. Em nenhum momento, durante este atendimento, Maria repetiu o movimento de culpar aquela profissional pelo acontecido. Reforçou-se junto à paciente, a importância de comparecer ao atendimento ambulatorial a fim de dar continuidade ao trabalho iniciado na internação. A paciente, porém já tinha consciência da função de uma psicoterapia e entendia que necessitava deste tipo de atendimento.

Após este atendimento, Maria teve alta hospitalar. Retornou para a primeira consulta de psicoterapia em ambulatório cinco dias depois, sozinha. Maria estava ainda bastante chorosa. Em alguns momentos direcionava sua raiva aos seus familiares em função de que eles não a deixavam sozinha, nem permitiam que ela fosse ao cemitério visitar o túmulo da filha (Maria estava internada quando a bebê foi velada e enterrada. Além disso, seu marido se negava a lhe contar onde estava o túmulo da criança alegando que ela não teria condições emocionais para isso). Vale ressaltar que os familiares receberam orientações acerca dos cuidados com Maria no sentido de preservá-la emocionalmente. Uma dessas recomendações era não deixá-la sozinha por muito tempo, já que foi referido pela paciente o desejo de colocar-se em risco em alguns

momentos. Entretanto, parte da família utilizava essa instrução em favor da sua própria angústia com relação a mais uma perda do casal. Isto é, impedir que Maria permanecesse sozinha era um meio de impedir que ela evocasse lembranças do bebê e manifestasse os sintomas de luto, expondo todos a um sofrimento real que a família desejava negar por não se sentir com recursos emocionais suficientes para ampará-la.

A paciente estava na casa da mãe junto do marido e da filha, já que nenhum dos três conseguiria retornar para a casa onde ‘gestaram’ a bebê, sem ela nos braços. Esta combinação foi proposta por Maria a sua mãe que aceitou prontamente. Os planos do casal eram permanecer na casa da mãe da paciente até o final daquele mês quando se mudariam para uma nova casa. Entretanto, Maria reclamava da falta de privacidade para, principalmente poder chorar a dor pela perda da filha.

Maria e seu marido vivenciaram o luto de maneiras muito diferentes. Maria conseguia expressar sua dor e recebia apoio de seus familiares. José ‘escondia’ de todos a sua dor e procurava refugiar-se no novo emprego. Durante este primeiro atendimento em psicoterapia, Maria queixava-se inclusive de sentir-se desamparada pelo marido, pois ele negava-se a falar sobre a criança ou chorar junto com ela, além de lhe negar a informação sobre a localização do túmulo do bebê. Ao final desta consulta, foi solicitada à Maria a presença de seu marido em uma consulta individual ambulatorial ainda naquela semana a fim de avaliar as questões referidas pela paciente e a disponibilidade dele em integrar a rede de apoio emocional da esposa.

José compareceu ao atendimento na data e no horário marcados. Inicialmente foi bastante resistente ao atendimento ressaltando que estava ali somente para entender como poderia ajudar a esposa a passar por aquele momento. Afirmava que estava mal emocionalmente, mas escondia isso de todos porque sabia que ficaria bem. Exploradas as razões dele para crer nisso, encontrou-se uma história de vida na qual o sentimento de abandono e de rejeição por parte das figuras de apego foi muito presente. José afirmou que apesar de nunca ter se sentido amado pelos pais e de ter realizado atos na adolescência dos quais se envergonha e se arrepende atualmente, sempre acreditou que um filho confirmaria sua capacidade de amar e seu direito de ser amado, transformando-o em um homem melhor. Como o casal teve duas perdas fetais consecutivas, José possivelmente acreditava que estava sendo castigado, que não merecia ter um filho e,

por isso se eximia de compartilhar sua dor e, automaticamente da possibilidade de ser acolhido pela rede de apoio do casal. Ao final daquela sessão com José, reforçou-se junto a ele a importância de que também ele contasse com suporte profissional para tratar não só da perda das duas crianças, mas também das dificuldades que ele referiu em sua história.

Além disso, o casal tinha planos de se mudar para outro bairro a fim de não ter de ‘dar explicações sobre a nova perda’ (sic.). Maria referia sensação de vergonha, fracasso e dor ao imaginar-se fazendo isso e recebendo as condolências dos conhecidos. Tentou-se abordar com José a questão de que se mudar de bairro, como eram os planos do casal, poderia significar uma fuga. Isso é, poderia ser uma forma de evitar encontrar-se com o real da perda ao ter de contar inúmeras vezes para vizinhos e amigos.

Entretanto, José informou que quando fora até a casa onde o casal morava para buscar roupas do bebê, logo após o óbito, envergou-se enforcado no banheiro da casa. Além disso, referiu que, por vezes, pensava em cometer alguma bobagem, no sentido de colocar-se em risco e que tinha pesadelos no qual via a criança ou via a si mesmo cometendo algum ato de risco. Neste momento, evidenciou-se a fragilidade psíquica e emocional de José naquele momento e também as prováveis origens de suas dificuldades para auxiliar Maria na elaboração de seu luto. Mediante intervenções, José conseguiu chorar no atendimento, porém com muita resistência. Trabalhou-se com ele a proximidade do dia dos pais (dois dias depois) e também a importância de que ele pudesse vivenciar essa dor junto da esposa. Foi oferecida a ele a possibilidade de retornar para mais um atendimento na semana seguinte. O objetivo era sensibilizá-lo para buscar atendimento psicológico na rede pública de saúde. Contudo, ele não compareceu. Maria foi orientada a estar atenta ao marido e a buscar atendimento psicológico para o mesmo na rede pública de saúde. A equipe do hospital permaneceu à disposição de José, caso ele decidisse realizar a segunda consulta proposta.

Maria seguiu em atendimento semanal. Aos poucos a paciente inseria na psicoterapia questões que ultrapassavam o luto, como por exemplo, questões da dinâmica do casal e questões relacionadas à filha pré-adolescente. Entende-se que este era um movimento positivo no sentido de permitir que Maria reforçasse seu vínculo não só com o luto e a perda, mas também com as pessoas que permaneceram em sua vida.

Ao mesmo tempo, surgiram conflitos entre o casal provavelmente associados às diferenças no modo como cada um vivia este luto. Maria desejava poder falar sobre isso e ser amparada pelo marido. José, por outro lado, não conseguiu abrir-se com Maria e tinha receio de prejudicá-la emocionalmente ao mostrar-se tão frágil quanto ela. Sendo assim, ambos distanciavam-se. Esse comportamento alimentava as fantasias de culpa de Maria que entendia que José poderia estar punindo-a pela perda da criança através da indiferença. Ao mesmo tempo, José sentia-se pressionado a fazer algo para o qual não tinha recursos emocionais naquele momento e, então se afastava de Maria.

Nesta fase, tanto Maria quanto José já possuíam crítica sobre suas primeiras reações à perda no hospital. Isto é, ambos conseguiam perceber que a raiva que sentiram da profissional a quem culpavam inicialmente pela perda do bebê era reativa à dor da perda e manifestava essencialmente o sentimento de culpa que ambos possuíam por diferentes razões. Com o avanço de Maria na psicoterapia entrava-se em contato com as fantasias de culpa de ambos o que, naquele momento foi canalizado na pessoa desta profissional: *“É que ali na hora, a gente coloca a culpa em qualquer um”* (Maria); *“Não adianta, na hora tu fica louco, quer brigar, quer matar e aí desconta em gente que nem tem culpa de nada”* (José).

Com a aproximação da consulta com a equipe de genética do hospital, surgiram novos conflitos relacionados ao desejo de saber as reais causas das perdas, mas, ao mesmo tempo, o medo por finalmente ter alguém para atribuir a culpa. Maria receava que fosse descoberta uma incompatibilidade genética ou alguma alteração em José, já que ele não tinha filhos. José, entretanto, não cogitava esta possibilidade.

Juntamente a essa questão surgia lentamente a ideia de uma nova gestação. José era contra e entendia que já havia prejudicado seriamente a saúde de Maria (ela tornou-se hipertensa após a primeira perda). Maria, no entanto, considerava engravidar novamente. Pela *internet* Maria mantinha contato com mulheres que conheceu no hospital e que viveram situações semelhantes e tomou conhecimento de alguns casos nos quais a terceira tentativa foi bem-sucedida. Trabalhou-se com Maria qual seria a função desta nova tentativa e de que poderia ser mais importante resolver os conflitos no relacionamento primeiro, além de elaborar o luto pelas duas perdas que o casal sofreu. Maria, no entanto sentia-se incompleta enquanto mulher neste relacionamento já

que não conseguia dar um filho ao marido. Tentou-se explorar outros aspectos de uma mulher em um relacionamento através dos quais ela seguia satisfazendo José, apesar de não terem gerado um filho até então. Como principal sintoma dessa insegurança de Maria surgiram dificuldades de relacionamento que antes não eram usuais entre o casal, sendo a principal delas o ciúme.

Ao mesmo tempo, uma nova questão interpelava-se no tratamento de Maria: o término do tratamento. Ao saber que a terapeuta deixaria o hospital no final daquele ano, preocupou-se em ter de acelerar ou interromper seu processo de tratamento. Entende-se que isso pode estar relacionado tanto à angústia normal frente a ideia do fim do tratamento em qualquer psicoterapia, mas também ao fato de que para Maria o término da psicoterapia e, portanto, da vinculação com a terapeuta significariam uma nova perda. A essa perda corresponderia um luto associado, porém ela já não contaria com o espaço da psicoterapia para trabalhar a questão. Como reflexo disso, Maria começou a faltar às sessões e começou a busca por um novo emprego acrescentando que caso fosse contratada, teria de interromper a psicoterapia de qualquer jeito.

As regras do contrato da psicoterapia naquela instituição foram retomadas com Maria, especialmente a questão das faltas. Iniciou-se, então, a fase de fechamento do tratamento com a terapeuta em questão. Ao final daquele período, havendo demanda por parte de Maria a mesma poderia permanecer em psicoterapia na mesma instituição, porém com uma nova terapeuta.

Capítulo III

DISCUSSÃO DO CASO

O processo de acompanhamento psicológico descrito, através do caso de Maria, pode ser discutido a partir de diferentes aspectos. Dentre eles, podem-se observar fatores apontados na literatura como sendo potenciais complicadores do processo de luto. Um deles é o contexto social e psicológico no qual se deu esta segunda perda, incluindo suas causas e circunstâncias (Bowlby, 1973/1980). Maria já vinha de uma experiência de perda na gestação anterior que foi marcada por sentimentos de culpa (Gonzáles *et al.*, 2011) tanto dela quanto do marido e, especialmente pelo investimento na possibilidade de uma nova gestação. O óbito deste bebê, assim como aconteceu na perda anterior, foi marcado sobretudo pelo sentimento de culpa que afetou o casal desde o momento do diagnóstico e manteve-se ao longo da psicoterapia. Maria foi hospitalizada durante a gravidez e, portanto esteve exposta às consequências dessa condição como ter de delegar a terceiros os cuidados com sua filha de 11 anos (fator de risco apontado por Defey *et al.* em 1992). Além disso, a idade gestacional avançada classifica a perda de Maria como uma perda gestacional tardia que exige também a elaboração do luto pela perda do vínculo que já existia entre mãe e bebê (Carvalho & Meyer, 2007).

Esse contato que Maria estabeleceu com a filha ao longo da gestação foi relembrado por ela inúmeras vezes na psicoterapia: “*Todos os dias, no final da tarde eu sentava e conversava com ela, aí ela mexia pra mim*” (sic.). Essa fala da paciente ilustra bem o entendimento acerca do contato emocional entre mãe e filho já na gestação e de que o mesmo se daria a partir dos movimentos do feto e da atribuição de significados da mãe aos mesmos, constituindo as primeiras experiências da paciente com sua filha (Brazelton, 1988; Piccinini, Lopes, Gomes, & Nardi, 2008).

A partir daí, pode-se pensar que justamente a existência dessa interação mãe-bebê contribui para a sensação de plenitude da gestante. Entretanto, essa sensação favorece o contraste com sensações opostas a esta, caso ocorra uma perda. Frente à perda, prevalece a sensação de esvaziamento já que a mulher não perde somente o bebê,

mas o próprio sentido que vinha atribuindo a sua vida nos últimos meses (Defey *et al.*, 1992; Iaconelli, 2007). No caso de Maria é possível observar claramente esse contraste entre a plenitude da gestação e o parto de um bebê sem vida. Cabe destacar que no caso de Maria essa sensação de esvaziamento era dupla, pois fazia referência também à perda anterior (ocorrida três anos antes). Durante a gestação, sentia prazer em interagir com a comunidade e com a família, especialmente para mostrar-lhes sua gravidez e contar detalhes da menina que estava esperando. Após a ocorrência da perda, entretanto, Maria foi do hospital diretamente à casa de sua mãe e de lá se mudou para outro bairro, pois sentia que não seria capaz de enfrentar o julgamento das pessoas e talvez a pena que sentiriam dela por novamente haver perdido uma criança. Talvez justamente o fato de haver exposto a gravidez e compartilhado esta fase com a comunidade tenha aumentado seu sentimento de vergonha quando ocorreu a perda. Essa 'vergonha' referida pela paciente, segundo Bowlby (1973/1980) pode ser entendida, em termos clínicos, como uma sensação de responsabilidade sobre a morte da filha, um sentimento de não ter sido capaz de trazê-la ao mundo viva. Foi realizada tentativa de elucidar o significado deste movimento à paciente, porém a mesma encontrava-se muito resistente.

Apesar de haver iniciado o processo de luto pela perda do primeiro bebê de maneira esperada para a situação, pode-se pensar que tal processo teria sido interrompido pelo planejamento de uma nova gestação, um novo filho. Esse movimento do casal parece corresponder à 'síndrome do bebê de substituição' citada por Vidal (2010). Este fenômeno, segundo o autor costuma estar frequentemente associado à dificuldade de formar vínculo com a criança sobrevivente. Tendo em vista a ideia apresentada por Binotto (2005) e Worden (1998) de que um luto não elaborado tende a repercutir no enfrentamento de novos conflitos vividos pela pessoa, pode-se relacionar o impacto causado pela segunda perda de Maria à interrupção da elaboração do luto na primeira perda. Dessa forma, aquele luto que não foi completado na primeira perda teria sido reativado quando ocorreu uma nova perda (Casellato, 2005). No caso de Maria isso levou a reviver a dor e a culpa pela perda da primeira filha de maneira intensa. Após alguns atendimentos Maria já percebia isso e chegou a referir que a dor pela perda atual era maior do que a dor pela perda anterior já que desde que perdeu a primeira filha sabia da possibilidade de gestar novamente e ter outra filha. Na segunda gravidez, porém,

Maria sentia como se tivesse perdido, inclusive a possibilidade de gestar novamente (devido ao medo dela e do marido de que ocorresse algo mais grave com a saúde dela e de que, novamente a criança não nascesse). Dessa forma, restava somente viver este luto e isso poderia justificar até certo ponto o interesse da paciente pela psicoterapia.

O fator rede de apoio pode ser decisivo na elaboração de qualquer processo de luto (Casellato, 2005; Iaconelli, 2007; Worden, 1998). No caso de uma perda fetal, cumpre observar o padrão de suporte oferecido pelos profissionais do hospital, pelos familiares e pelo companheiro. No que tange ao atendimento dos profissionais de saúde, no caso de Maria, pode-se entender que o aspecto emocional não foi negligenciado. Isto é, os técnicos e profissionais das áreas médica e de enfermagem estiveram atentos ao processo emocional que se seguiria a partir da perda. Pode-se dizer que a equipe agiu dentro do esperado para a situação e quanto a isso, houve o reconhecimento por parte da própria paciente: *“Ela (a técnica) foi até bem legal, na verdade. Porque quando ela viu mesmo que o coraçãozinho estava parado, ela me disse que eu precisava subir correndo para o CO (centro obstétrico). Eu perguntei se ela tinha escutado o coraçãozinho e ela disse que não, mas que às vezes acontece de elas não escutarem e que podia ser o aparelho que estava com defeito ou mesmo ela que não estava conseguindo escutar”* (sic.). Além disso, na consultoria enviada ao Serviço de Psicologia já constavam os dados sobre a perda anterior e algumas características do estado emocional percebido pela equipe.

Quanto ao suporte oferecido pela família, pode-se pensar que o mesmo foi atravessado pela dificuldade de amparar emocionalmente uma mulher na perda de um feto. Foi possível observar na internação obstétrica, a ansiedade da família frente às reações (normais) de Maria à perda da criança. Além disso, havia entendimento de todos acerca do sentimento de culpa presente em Maria. Talvez tenha sido por isso que a família se movimentou no sentido de culpar uma profissional do hospital: como uma forma, mesmo que ansiosa e velada de isentá-la da culpa pela perda de mais uma criança. Para além disso, a família mostrou-se disponível a estar com ela e aderiu às recomendações da equipe da psicologia. Em muitos momentos, porém, as familiares manifestaram as dificuldades características da perda fetal: a dificuldade de entendimento e reconhecimento da intensidade do vínculo que se perdeu quando

ocorreu a perda da criança (Defey *et al.* 1998, Iaconelli, 2007). Maria chegou a comentar em seu único atendimento na unidade de internação obstétrica sem acompanhante: “*Aí todo o mundo fala que foi melhor assim. Que como ela era muito pequenininha poderia ficar com algum problema. Eu não sei se tu (referindo-se à estagiária de psicologia) tem filhos... Não deve ter porque tu é nova ainda. Mas quem engravida sabe que quando tu está esperando um filho, não importa pra ti o problema que ele vai ter, tu vai amar igual*” (sic.). Um dos aspectos presentes nessa fala de Maria é a influência da cultura e dos padrões sociais no estilo de suporte que os familiares tendem a oferecer à mulher enlutada. Isto é, os familiares de Maria estão imersos em uma cultura na qual o tempo de relação entre a mãe e o bebê, o contato físico e mesmo a ocorrência da morte da criança em detrimento de uma condição de vida limitada são determinantes para prever a intensidade do luto. De certa forma, havia por parte da família a expectativa de que a constatação de que a filha poderia ter sequelas graves pela prematuridade amenizasse o luto de Maria. Pode-se observar ainda o primeiro sinal de transferência da paciente com relação à terapeuta: “*Eu não sei se tu (referindo-se à estagiária de psicologia) tem filhos... Não deve ter porque tu é nova ainda.*” Pode-se entender que através dessa questão a paciente estava averiguando se a terapeuta poderia ser capaz de atendê-la e compreender seu processo de luto.

Amthauer *et al.* (2012) destacaram a importância de incluir o pai nos atendimentos em casos de perda fetal. Como importante elemento da rede de apoio de Maria (antes de iniciar a psicoterapia), cabe analisar a influência de José, 25 anos seu marido e pai do bebê que faleceu no processo de luto da esposa. Desde a notícia do óbito da filha, José manifestou reações esperadas. Além dessas, também fez o direcionamento da raiva a uma profissional em específico que parece ter funcionado como um elemento organizador naquele momento para que ele tivesse condições de elaborar o que aconteceu. Durante a internação e mesmo após a alta ele sempre foi identificado (por si próprio e por Maria) como principal elemento da rede de apoio dela. Entretanto, quando o mesmo foi atendido em uma sessão no ambulatório, percebeu-se que ele não estava em condições emocionais para oferecer suporte à Maria, já que ele mesmo estava fazendo um luto patológico pela perda das duas filhas. Segundo Worden (1992), um luto patológico ou complicado pode ser classificado em quatro diferentes

categorias: reações de luto crônicas, reações de luto retardadas, reações de luto exageradas e reações de luto mascaradas. No caso de José, cabe pensar em reações de luto exageradas que são situações nas quais as reações comuns do luto podem aparecer em níveis clínicos e diagnósticos, inclusive. Nestes casos o paciente costuma ter consciência de que seus sintomas estão relacionados à perda. O luto de José foi constituído também por fatores apontados por Bowlby (1973/1980), como: Papel da pessoa perdida (para José a filha tinha a função de mostrar a si próprio que ele podia ser amado já que nunca se sentiu amado na sua relação com os seus pais); Personalidade do enlutado (José apresentava uma personalidade mais resistente às interações e especialmente a compartilhar sentimentos que considerava fraqueza, além da dificuldade em receber ajuda); Padrão de relações afetivas e de reação a eventos estressores (a principal estratégia de José para lidar com situações difíceis era negando-as ou no mínimo escondendo seu sofrimento das outras pessoas. José tinha dificuldade em tolerar o seu sofrimento e também o da esposa). Em meio a esse contexto, seu luto culminou em sintomas como um episódio de alucinação, ideação suicida, pesadelos, agressividade com terceiros (no emprego, por exemplo) e baixa autoestima. Durante o atendimento, tentou-se sensibilizar José para que buscasse atendimento na rede pública de saúde. Entretanto, faziam parte da sua dinâmica emocional a negação do sofrimento e a fantasia de que ficaria bem. Com isso, percebeu-se que a psicoterapia talvez fosse o ambiente mais adequado para oferecer suporte à Maria e o único espaço no qual ela podia expressar livremente seus sentimentos com relação à perda.

Analisando a elaboração do luto de Maria conforme as fases propostas por Worden (1998), pode-se entender que a paciente enfrentou bem a primeira fase ou tarefa, ‘aceitar a realidade, irreversibilidade e significado da perda’, sem recorrer à negação. Quanto ao episódio de culpabilizar a profissional do hospital, dada a boa evolução do caso depois, pode-se ponderar que tenha sido uma conduta adaptativa no sentido de tornar possível suportar a dor naquele momento. Ainda segundo Worden (1998), Maria e sua família teriam realizado naquele momento uma distorção da realidade acerca dos fatos da perda, mas não sobre a ocorrência da perda ou sobre sua irreversibilidade.

Isto é, em nenhum momento, Maria negou a perda da filha, embora tenha precisado de algum tempo para dar-se conta de que a ideia de gerar esta segunda menina estava muito associada à perda da primeira filha do casal. Tendo em vista o caráter didático desta divisão proposta pela autora e a relação dinâmica entre todas essas fases, pode-se entender que ao longo da psicoterapia, Maria esteve envolvida com as outras três fases. Em alguns momentos investindo mais em umas tarefas e depois em outras. A segunda fase de Worden trata de *'elaborar a dor da perda'* que começa por permitir-se sentir essa dor, reconhecê-la e, então atribuir-lhe algum significado. Pode-se dizer que Maria sentiu essa dor e pode contar com o espaço da psicoterapia para falar sobre ela. Em dado momento, ela manifesta sobre essa dor: *"O que mais incomoda é essa dor assim, que não passa. Quando acontece qualquer problema, qualquer briga eu fico pensando que se ela estivesse aqui seria diferente, talvez não tivesse tanta briga"* (sic). Maria refere, então uma *'dor que não passa'*, ou seja uma dor que está sempre ali, da qual não se pode fugir, mas que se pode negar diferentemente do que ela fez que foi justamente encarar a dor, trabalhar essa dor na psicoterapia. Entretanto, falta ainda atribuir um significado a essa dor e também à ocorrência da perda. Em princípio ela consegue apenas dar-se conta de que tem essa tarefa pela frente: *"Eu fico procurando um porquê (para as duas perdas). E eu não encontro, sabe? Qual o propósito disso? Será que eu preciso pagar por algo? Será que é pra me ensinar uma lição? Mas o quê? E porquê ensinar dessa maneira?"* (sic.). Sobre a terceira fase de Worden, *"Ajustar-se a um ambiente no qual está faltando a pessoa que faleceu"*, pode-se considerar o próprio relacionamento de Maria e José como este ambiente ao qual ambos têm de se readaptar. Visivelmente ter um filho era parte do planejamento do casal e registro de sua evolução enquanto marido e mulher. Quer dizer, a perda do feto, implica conforme Defey *et al.* (1992) a perda de um planejamento. Neste caso, a perda da criança exige um reposicionamento de Maria nesta relação enquanto mulher, enquanto esposa, enquanto mãe de sua filha de 11 anos do relacionamento anterior. Por vezes ela fala: *"Eu deixei ele (referindo-se a José) bem livre para ir procurar outra pessoa se ele quiser, alguém que possa dar um filho a ele"* (sic.), como se o casamento não tivesse mais razão de ser na impossibilidade de gerar um filho. Por fim, a última fase para a elaboração do luto envolve *'reposicionar emocionalmente a pessoa perdida e continuar a vida'*, ou seja

definir um novo espaço em sua vida emocional para essa relação. Maria ainda não apresentou sinais de estar envolvida com esta fase nem com relação à primeira perda nem com relação à segunda.

Capítulo IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado, entende-se que um óbito fetal encerra uma experiência (a gestação) marcada por mudanças físicas, sociais e psicológicas para a mulher. É interrompida também a interação com o bebê baseada essencialmente na atribuição de significados pela mãe para os movimentos do filho. A partir disso, tem início um processo de luto específico porque está associado também à perda de um projeto de vida e tende a ser marcado por alguns fatores, como o papel do bebê na vida da mãe, a idade da mãe, a idade gestacional quando ocorreu a perda, as causas e circunstâncias da perda, o contexto social e psicológico da mãe naquele momento e a personalidade da mãe, que é tido como o mais importante. É fundamental intervir também com o pai do bebê e outros familiares que mais tarde irão compor a rede de apoio da paciente. Além disso, com a inserção de psicólogos nos hospitais, torna-se possível dialogar com as equipes médicas a fim de garantir que o plano de tratamento previsto contemple as demandas específicas de uma paciente que sofreu um óbito fetal. A rede de apoio tende a manifestar dificuldades em amparar o casal visto que se trata da perda de alguém a quem ninguém conheceu. Também concorrem para essa dificuldade, as determinações culturais acerca do processo de luto e especialmente acerca da intensidade de um vínculo. Assim, é fundamental fornecer casos e materiais teóricos através dos quais o psicólogo possa tornar-se capaz de avaliar a necessidade de tratamento para enfrentar o processo de luto e qual a melhor maneira de se fazer isso. Tal objetivo poderia ser atendido através de capacitações para profissionais da área da saúde no sentido de sensibilizá-los para reconhecer as demandas emocionais da paciente nesta situação. Quanto aos psicólogos, especificamente capacitações voltadas à área e à situação poderiam instrumentalizá-los para elaborar intervenções psicoterapêuticas efetivas e integradas à visão e conduta da equipe multiprofissional. Cabe à intervenção psicológica oferecer o suporte social e emocional do qual a paciente necessita, reconhecendo a dor dessa perda e legitimando um espaço no qual ela possa falar sobre essa experiência e com isso, elaborá-la. Ressalta-se a importância de uma intervenção

psicoeducativa acerca do processo de luto no início da psicoterapia dado o estranhamento que as pacientes podem ter com o seu próprio sofrimento já que não há validação social para a vivência do luto após este tipo de perda.

O caso escolhido para ilustrar essa temática contou com atendimento psicológico desde o pós-parto seguindo em psicoterapia breve focal subsequente. Foram analisadas as particularidades do histórico prévio da paciente, da sua rede de apoio, da intervenção da equipe hospitalar e do processo psicoterapêutico.

Entende-se que favoreceram o processo psicoterapêutico a compreensão tanto da paciente quanto do seu companheiro acerca da psicologia e da função de uma psicoterapia. Além disso, o sistema de atendimento em equipes multiprofissionais e a acuidade com que a equipe escutou a avaliação e proposta de intervenção da psicologia favoreceram o acesso e atendimento à paciente. Ao mesmo tempo, dificultaram o processo psicoterapêutico fatores externos ao *setting* de atendimento, mas que interferiram na percepção de Maria acerca do luto que estava passando, tais como a resistência de José em compartilhar com a esposa seu sofrimento e, com isso, acolher o sofrimento da esposa também. Pode-se pensar ainda na necessidade de finalizar a psicoterapia com a terapeuta inicial intrínseca às instituições de ensino. Porém destaca-se a possibilidade de trabalhar também essa questão previamente com os pacientes.

Atualmente, Maria permanece em psicoterapia no mesmo ambulatório e com a mesma terapeuta. A principal questão atualmente é o encerramento dessa primeira fase do tratamento, visando a facilitar o processo de vinculação de Maria com a próxima terapeuta.

Destaca-se a importância de que novos estudos sobre a temática sejam realizados. Acredita-se na importância de estudos de caso que possam ilustrar o processo de elaboração do luto e também de estudos longitudinais que possam embasar discussões sobre a efetividade das intervenções psicológicas propostas.

REFERÊNCIAS

- Amirali, K., & Dias, A. (2010). O nascimento de uma vida acabada: experiências dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (24), 24-29.
- Amthauer, C., Sand, I., Hildebrandt, L., Linck, C., & Girardon-Perlini, N. (2012). Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 81-88.
- Basso, L., & Wainer, R. (2011). Lutos e perdas repentinas: terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Binotto, A. (2005). Natimorto, aborto e perda perinatal: a morte no lugar do nascimento. In G. Casellato (Ed.), *Dor silenciosa ou dor silenciada: perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade* (35-50). São Paulo: Livro Pleno.
- Bittencourt, A., Quintana, A., & Velho, M. (2011). A perda do filho: luto e doação de órgãos. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 28(4), 435-442.
- Bowlby, J. (1973/1980). *Apego e perda: Tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1973).
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2009). *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2011). *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2012). *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bruscato, W., Kitayama, M., Fregonese, A., & David, J. (2004). O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In Bruscato, W., Benedetti, C. & Lopes, S. (Eds.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história* (33-41). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Carvalho, F. & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126), 33-48.
- Casellato, G. (2005). Luto não-reconhecido: um conceito a ser explorado. In G. Casellato (Ed.), *Dor silenciosa ou dor silenciada: perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade* (19-33) São Paulo: Livro Pleno.
- Defey, D., Diaz, J. R. L., Niñez, M., & Terra, C. (1992). *Duelo por un niño que muere antes de nacer: vivencias de los padres del equipo de salud*. 2 ed. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP).
- Duarte, C. & Turato, E. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 14(3), 485-490.
- Freire, T. & Chatelard, D. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007-1022.
- Freitas, N. (2000). *Luto materno e psicoterapia breve*. São Paulo: Summus.
- Gesteira, S., Barbosa, V. & Endo, P. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467.
- González, C., Bello, N., Calva, E., López, M. & Pichardo, M. (2011). Escala de duelo perinatal: validación em mujeres mexicanas com pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 43(3), 419-428.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 10(4), 614-623.
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C. & Piccinini, C. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254.
- Montero, S., Sánchez, J., Montoro, C., Crespo, M., Jaén, A., & Tirado, M. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405-1412.
- Narvaz, M. & Koller, S. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In S. H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano – Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 51-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. (2011). *Gravidez subsequente a uma interrupção médica: especificidades de gênero na relação entre luto perinatal, psicossomatologia e qualidade de vida*. Tese de doutorado, Universidade do Porto, Portugal.
- Penna, T. (2010). Psicoterapia em instituições médicas. In Mello, J. & Burd, M. (Eds.), *Psicossomática hoje* (pp. 491-496). Porto Alegre: Artmed.
- Piccinini, C., Lopes, R., Gomes, A., & Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13(1), 63-72.
- Riffel, M. (2005). A perda do filho idealizado. In: Oliveira, D. (Org.). *Enfermagem na gravidez, parto e puerério: Notas de aula* (pp. 79-102). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Santos, A., Rosenburg, C., & Buralli, K. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 268-276.
- Silva, A. & Nardi, A. (2011). Terapia cognitivista-comportamental para perda gestacional: resultados da utilização de um protocolo terapêutico para luto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(3), 122-124.
- Vidal, M. (2010). Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(3), 3185-3190.
- Worden, J. (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anexo A

Termo de autorização do uso de dados

Eu, Tamires dos Santos Rios, na condição de estudante do último semestre do curso de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estagiária de psicologia clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) estou realizando um estudo sobre os aspectos emocionais da vivência de perda fetal e o processo de luto subsequente. Este estudo será realizado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme os critérios éticos e técnicos da universidade e do hospital.

Entendo que a sua experiência na psicoterapia pode auxiliar estudantes e profissionais de psicologia no entendimento da dinâmica emocional frente a uma perda fetal. Por essa razão, solicito sua autorização para utilizar alguns dados de sua história clínica e alguns fatores da sua vivência em particular como material clínico para a realização do estudo. Isso significa que os aspectos psicológicos do caso serão analisados através de uma teoria psicológica específica junto da professora da UFRGS escolhida como orientadora neste trabalho, Prof.a. Dra. Débora Dalbosco Dell’Aglío e também pela psicóloga do HCPA co-orientadora neste estudo Psicóloga Cláudia Simone Silveira dos Santos. Ao final, o estudo será apresentado na universidade pela aluna responsável e pode vir a ser publicado em periódico científico nacional.

Sua autorização é voluntária e o uso dos dados é inteiramente sigiloso, isto é, sua identidade bem como outras informações que possam identificá-la não serão apresentadas em nenhuma parte do estudo. É importante destacar que sua decisão quanto à autorização ou à recusa do uso dos dados e, conseqüentemente, a realização do estudo não implicarão em quaisquer mudanças em seu tratamento no HCPA seja com a equipe de psicologia ou com qualquer outra equipe.

Fico à disposição para quais dúvidas e esclarecimentos imediatos ou posteriores. O contato é o telefone (051) 3359-8507 do Serviço de Psicologia do HCPA. Ao ligar, você deverá pedir pela estagiária Tamires. Caso concorde com a utilização de alguns de

seus dados, por favor, assine as duas cópias deste documento que lhe foram entregues sendo que uma permanecerá com você e a outra com a estudante responsável.

Eu, _____, declaro que fui informada da realização e dos objetivos do trabalho de conclusão de curso a ser realizado. Autorizo o uso inteiramente sigiloso de informações a meu respeito, estando ciente de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e de que esta decisão não implica em quaisquer benefícios ou prejuízos em meu atendimento no hospital.

Nome completo

Tamires dos Santos Rios

Matrícula UFRGS: 00172548 Matrícula HCPA: 106441

Porto Alegre, ____ de _____ de 2013