

ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE LUTO APÓS UMA PERDA FETAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tamires dos Santos Rios

Psicóloga, Psicóloga Residente Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
E-mail: <tsantos.rios@gmail.com>.

Cláudia Simone Silveira dos Santos

Mestre em psicologia clínica, Psicóloga Clínica Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
E-mail: <psicalalau@gmail.com>.

Débora Dalbosco Dell'Aglio

Doutora em psicologia, Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
E-mail: <dddellaglio@gmail.com>.

RESUMO

A situação de óbito fetal é compreendida como uma experiência de mudanças físicas, sociais e psicológicas para a gestante, com uma interrupção abrupta da relação mãe-bebê. A partir disso, a família passa por um processo de luto específico, que tende a ser subestimado culturalmente e socialmente, mas que necessita intervenção não apenas com a mãe, mas também com o pai do bebê e familiares. Destaca-se a importância da interação com a equipe médica, garantindo que o plano de tratamento hospitalar contemple as demandas específicas dessas pacientes. Este trabalho apresenta o relato de atendimento clínico de um caso de luto materno após perda fetal. O atendimento ocorreu em um hospital público geral de referência e incluiu intervenção psicológica no pós-parto e psicoterapia breve focal subsequente. No caso estudado, a intervenção psicológica funcionou como suporte emocional e social, reconhecendo o sofrimento diante da perda e oferecendo um espaço para a paciente falar sobre essa experiência, o que favoreceu o processo de elaboração. Dessa forma, considera-se que a instrumentalização de psicólogos para atender a esses casos e avaliar o melhor tipo de intervenção é importante no trabalho no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Perda fetal, luto, psicoterapia

INTRODUÇÃO

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” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011; Oliveira, 2005). No campo emocional, um óbito fetal dá início a um processo de luto específico e está associado à perda de um projeto de vida (Defey *et al.*, 1992) e da sensação de pleni-

tude presente durante a gestação, aumentando os riscos para efeitos traumáticos (Iaconelli, 2007).

No que concerne à perspectiva da psicologia, o tema tem sido abordado na literatura científica, especialmente no sentido de capturar as vivências subjetivas das mulheres que sofreram a perda de um bebê (Carvalho & Meyer, 2007, Duarte & Turato, 2009; Gonzáles, Bello, Calva, López, & Pichardo, 2011; Santos, Rosenberg, & Buralli, 2004). Em termos de prevalência, a taxa atual de óbitos fetais no Brasil é de 19,3/1000 nascidos vi-

vos. 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).

São caracterizadas como fatores de risco para luto patológico: as circunstâncias sociais e psicológicas que afetam a pessoa enlutada na época da perda; a personalidade do enlutado (Bowlby, 1973/1980); a vivência anterior de perda fetal, perinatal ou neonatal; a rejeição ou ambivalência inicial frente a gestação; a vivência de situações estressoras durante a gestação (por exemplo dificuldades conjugais ou financeiras) (Defey et al., 1992); a perda gestacional tardia (considerando que já haveria um vínculo estabelecido com o bebê) (Carvalho & Meyer, 2007; Montero et al., 2012) e a presença de sentimento de culpa (González et al., 2011).

Com relação à intervenção psicológica nestes casos, Amthauer et al. (2012) salientam a importância de que os familiares e, especialmente, o pai do bebê sejam avaliados e incluídos no atendimento multidisciplinar. 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 por parte das mães 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 gerar um bebê (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011). 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 já que 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. Esse quadro acaba por dificultar o processo de

reconhecimento e elaboração da perda pelo próprio enlutado (Defey et al., 1992; Iaconelli, 2007). 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 o plano terapêutico antes, durante e após o parto (Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006). Iaconelli (2007) ressalta que o tratamento dado a estas pacientes 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 a equipe, a individualidade dos pacientes e os aspectos subjetivos no quadro clínico e na relação entre paciente e equipe contribuindo para a humanização do atendimento (Bittencourt, Quintana, & Velho, 2011; Bruscato, Kitayama, Fregonese, & David, 2004).

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). Na psicoterapia breve focal (técnica frequentemente utilizada no contexto hospitalar) há objetivos relacionados ao foco do tratamento, porém mantém-se a possibilidade de outras mudanças. É frequente no tratamento de pessoas enlutadas que 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. Em resumo, trata-se principalmente de auxiliar a paciente a enfrentar conflitos inerentes à perda ativando recursos internos próprios para vivenciar este período (Basso & Wainer, 2011; Penna, 2010). Além disso, trabalhar as diferentes tarefas e aspectos do luto desde uma perspectiva psicoeducativa reduz níveis de ansiedade que são frequentemente observados neste tipo de perda (Silva & Nardi, 2011; Worden, 1998).

Worden (1998) organizou didaticamente o processo de elaboração do luto em quatro tarefas a serem realizadas pelo enlutado: 1. Aceitação da realidade da perda, da sua irreversibilidade e do seu significado sem recorrer à negação como forma de defesa emocional; 2. Elaboração da dor da perda: Atribuir significado à dor que sente. Tarefa que pode ser dificultada pelo contexto social de negação do sofrimento associado a este luto; 3. Ajustamento a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu; 4. Reposicionamento em termos emocionais da pessoa que faleceu e continuar a vida: Definir um novo espaço em sua vida emocional para essa relação. Deve-se atentar para o fato de que não há cronicidade ou hierarquia entre as tarefas. De modo geral, o processo de luto é considerado finalizado quando o afeto daquela relação já foi reinvestido (Worden, 1998).

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 psicodinâmica deste tipo de luto. Para isso, será apresentado um relato de experiência a partir do qual serão examinados diferentes elementos do luto por perda fetal.

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 sido a primeira classificada como neonatal, isto é, ocorreu durante os primeiros vinte e oito dias de vida da criança (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011; Oliveira, 2005) e a segunda como perda fetal, a partir da qual foi iniciado o acompanhamento psicológico. Para a realização do estudo foram consideradas

as normas éticas da instituição hospitalar na qual o acompanhamento foi realizado que, a partir da Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2013), entende que relatos de casos únicos baseados em situações assistenciais não são configurados como pesquisa. Desta forma, não há a necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, bastando o consentimento da paciente. O termo de autorização para a realização do estudo e uso dos dados para a publicação assinado pela paciente, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Foram utilizados nomes fictícios para preservar o sigilo do caso.

Relata-se aqui o caso da paciente Maria, 30 anos de idade, casada com José, 25 anos, mãe de uma filha com 11 anos de idade, de relacionamento anterior. Quando ocorreu a segunda perda de Maria, ela estava em sua terceira gestação sendo a segunda tentativa de ter um filho com José que não tinha filhos. Maria foi internada por quadro de pré-eclampsia sobreposto à hipertensão arterial (este quadro era apresentado desde a gestação e o parto de risco anteriores). 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 desaparece em até 12 semanas após o parto (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012).

A perda fetal ocorreu na trigésima segunda semana de gestação. Maria já estava hospitalizada há uma semana quando ocorreu a perda. Nesse período de hospitalização o casal oscilou entre reviver a gestação anterior, que culminou em uma perda neonatal, e seguir investindo afetivamente nesta nova gestação. No entanto, o casal manteve relação de confiança com a equipe.

Após ocorrência e confirmação do óbito fetal, Maria foi encaminhada para a cesárea. A paciente descreveu este momento como confuso e doloroso. A confusão foi atribuída, especialmente à rapidez com que tudo ocorreu.

O caso foi conhecido pela equipe de psicologia do hospital através de um chamado realizado pela equipe médica durante o plantão. O óbito havia ocorrido poucas horas antes e a consultoria para a psicologia foi emitida em função das reações emocionais intensas e, mesmo agressivas da família e da própria paciente que, em muitos momentos, foram direcionadas à equipe na pessoa de uma profissional, em específico. Os primeiros atendimentos foram realizados no leito, no centro obstétrico ou unidade de internação

obstétrica e envolveram a paciente, seu marido e os familiares presentes.

Havia por parte dos familiares a angústia e o desconforto frente a mais uma perda fetal de Maria assim como a expressão de sentimentos de revolta e desamparo. Nesse sentido, atribuir a culpa pela perda a uma profissional poderia ser uma maneira de evitar que Maria atribuísse essa culpa a si própria. Maria referia sentimento de culpa, raiva e principalmente choque, ou seja, reações consideradas comuns nestes casos. Porém, chegou a dizer que pensava em fazer uma bobagem (sic.), dando a entender que considerava se colocar em risco. Observou-se disponibilidade por parte dos familiares para oferecer suporte à paciente, entretanto naquele momento somente conseguiam investir na estratégia de culpar um terceiro. Os atendimentos foram realizados 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 de crise. Embora tenha sido receptiva ao acompanhamento psicológico, a família teve dificuldade para considerar qualquer outro elemento que não fosse direcionar a culpa a alguém externo à família.

A conduta sugerida foi acompanhamento psicológico para a paciente durante a internação e, havendo demanda por parte desta, psicoterapia breve focal após a alta, no ambulatório de psicologia, em atendimento individual, de 45 minutos cada sessão e com frequência semanal. Maria mostrou disponibilidade e interesse afirmando que já estava ciente de que necessitaria de ajuda profissional. José também reconhecia a necessidade de tratamento para a esposa.

Ainda na internação, Maria iniciou processos transferenciais e de vinculação à terapeuta. Era 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.

Maria retornou para a psicoterapia em ambulatório cinco dias após a alta, sozinha. Estava 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 en-

terrada. 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 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. Entretanto, Maria reclamava da falta de privacidade para, principalmente poder chorar a dor pela perda da filha.

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 da consulta, foi solicitada à Maria a presença de seu marido em uma consulta individual ambulatorial a fim de avaliar a disponibilidade dele em integrar a rede de apoio emocional da esposa.

José compareceu ao atendimento, no qual foi evidenciada a sua fragilidade psíquica e emocional, e também as prováveis origens de suas dificuldades para auxiliar Maria na elaboração de seu luto. Trabalhou-se com ele a importância de que pudesse vivenciar essa dor junto com a esposa. Foi oferecida a ele a possibilidade de iniciar atendimento na rede pública de saúde, porém não houve demanda de sua parte.

Maria seguiu em atendimento e aos poucos inseria na psicoterapia questões que ultrapassavam o luto, como 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 a perda, mas também com as pessoas que permaneceram em sua vida.

Nesta fase, Maria já possuía crítica sobre suas primeiras reações à perda no hospital. Isto é,

consegua perceber que a raiva que sentiu da profissional a quem culpou inicialmente pela perda do bebê era reativa à dor da perda e manifestava essencialmente o sentimento de culpa que ambos possuíam por diferentes razões. Esse movimento permitiu acessar as fantasias de culpa da paciente.

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. 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, surgia uma nova questão: o término do tratamento com aquela terapeuta, já que a mesma deixaria o hospital no final daquele ano. Entende-se que isso pode estar relacionado tanto à angústia normal frente à 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.

As regras do contrato da psicoterapia naquela instituição foram retomadas e foi iniciado o encerramento do atendimento 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. Após cinco sessões de atendimento em ambulatório (como continuidade do acompanhamento iniciado em internação hospitalar) e uma sessão exclusivamente com o marido, Maria faltou mais vezes às consultas marcadas, ciente de que isso implicaria na interrupção do tratamento.

DISCUSSÃO DO CASO

O processo de acompanhamento psicológico descrito pode ser discutido a partir de diferentes aspectos. Dentre estes, 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 (González et al., 2011) tanto dela quanto do marido e, especialmente pelo investimento na possibilidade de uma nova gestação. De maneira geral, o óbito deste bebê, assim como aconteceu na perda anterior, foi marcado pelo sentimento de culpa que afetou a dinâmica do casal. Além disso, essa perda poderia ser classificada como 'perda gestacional tardia' que exige também a elaboração do luto pelo vínculo que já existia entre mãe e bebê (Carvalho & Meyer, 2007).

Esse contato que Maria estabeleceu com a filha ao longo da gestação foi lembrado 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 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 contribuiu para a sensação de plenitude da gestante. Entretanto, essa sensação favorece o contraste com sensações opostas a esta, como a sensação de esvaziamento caso ocorra uma perda (Defey et al., 1992; Iaconelli, 2007). No caso descrito 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 a 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 se-

ria 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 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 vivenciar a perda de mais um feto). 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, os 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: "*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 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 fa-

miliares 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.

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, 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. Em meio a esse contexto, seu luto culminou em sintomas como um episódio de alucinação, ideação suicida, pesadelos, agressividade com terceiros e baixa autoestima. 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 seria o ambiente mais adequado para oferecer suporte à Maria e o único espaço no qual ela poderia expressar livremente seus sentimentos com relação à perda.

Analisando a elaboração do luto de Maria conforme as tarefas propostas por Worden (1998), pode-se entender que a paciente enfrentou bem a primeira delas: 'aceitar a realidade, irreversibili-

dade e significado da perda'. 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 tarefa 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: "*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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 a compreensão tanto da paciente quanto do seu companheiro acerca da psicologia e da função de uma psicoterapia favoreceu o processo psicoterapêutico. 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.

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

- 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.
- Bowlby, J. (1973/1980). *Apego e perda: Tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1973).
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (2013). *Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União.
- 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 Perinatología 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.
- 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 Psicología*, 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.
- 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.
- 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.

Elaboration of the grieving process after a fetal loss: experience report

ABSTRACT

Perinatal death is understood as an experience of physical, social and psychological changes for the pregnant woman, as it is a sudden interruption of the mother-baby relationship. Then, the family starts to experience a specific grieving process, which tends to be culturally and socially underestimated, even if it needs psychological intervention, not only for the mother but also for the child's father and their family. Interaction with the medical team is also important, ensuring that the proposed treatment meet the specific demands of those patients. This study presents reports on the psychological care of a case of maternal grief after fetal loss. The assistance detailed was developed at a reference public hospital and included the postpartum psychological intervention and the subsequent brief focal psychotherapy. In this case, psychological care worked as emotional and social support for the patient, acknowledging the psychological distress after the loss and providing a moment for the patient to talk about the experience, which facilitated the coping process. Thus, it is considered the instrumentalization of psychologists to treat these cases and choose the kind of intervention is important as part of the work in the hospital setting.

Keywords: Perinatal death, Grief, Psychotherapy

Recebido em: 30/9/2015

Avaliado em: 21/7/2016

Correções: 29/07/2016

Aprovado em: 5/8/2016

Editor: Vinícius Renato Thomé Ferreira