



ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA HOSPITALAR DIANTE DA OCORRÊNCIA DE MORTE PERINATAL

DESEMPEÑO DEL PSICÓLOGO HOSPITALARIO EN CASO DE MUERTE PERINATAL

HOSPITAL PSYCHOLOGIST'S PERFORMANCE IN THE EVENT OF PERINATAL DEATH OCCURRENCE

Bruna da Mota Camargo¹

RESUMO: A concepção social da maternidade está relacionada, entre outros termos, com alegria e vida, portanto quando há ocorrência de um óbito foge a este cenário comum e esperado, desta maneira a orientação de um profissional capacitado neste momento é imprescindível. Após pesquisa bibliográfica, foram realizadas quatro entrevistas com psicólogas hospitalares que atuam ou atuaram em ocorrências de morte perinatal. As entrevistas foram transcritas e analisadas a partir do sentido e da significação configurando, assim, como análise de conteúdo. Os resultados encontrados permitiram verificar que a psicóloga hospitalar dispõe de um método próprio de acolhimento do sofrimento, a depender do local e situação dispõe de dispositivos para a realização de intervenções, porém encontra algumas barreiras para a sua atuação como as barreiras institucionais, resistências dos pacientes, falta de psicoeducação da equipe e de acolhimento. A pesquisa limita-se pela amostra reduzida, porém abre caminho para uma discussão muito necessária e presente diariamente nos ambientes hospitalares e da clínica. Trata-se de uma atividade de pesquisa desenvolvida como aluna do curso de Psicologia, na disciplina Modelos de Investigação Científica.²

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Hospitalar; morte perinatal; aborto; atuação da psicóloga; hospital.

RESUMEN: La concepción social de la maternidad se relaciona, entre otros términos, con la alegría y la vida, por lo que cuando hay una muerte, se escapa de este escenario común y esperado, por lo que la orientación de un profesional capacitado en este momento es fundamental. Luego de una búsqueda bibliográfica, se realizaron cuatro entrevistas con psicólogos hospitalarios que laboran o actúan en casos de muerte perinatal. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas en función de su significado y significación, configurando así el análisis de contenido. Los resultados encontrados permitieron constatar que la psicóloga del hospital tiene su propio método de afrontamiento del sufrimiento, dependiendo del lugar y situación, tiene dispositivos para realizar intervenciones, pero encuentra algunas barreras en su desempeño, como barreras institucionales, resistencias de pacientes, falta de psicoeducación por parte del equipo y acogida. La investigación está limitada por la pequeña muestra, pero abre el camino para una discusión muy necesaria que está presente a diario en los entornos hospitalarios y clínicos. Se trata de una actividad de iniciación científica desarrollada como alumno de la asignatura de Psicología, en la disciplina Modelos de Investigación Científica.

PALABRAS CLAVE: Psicología hospitalaria; muerte perinatal; aborto; actuación della psicóloga; hospital.

ABSTRACT: The social conception of motherhood is related, among other terms, with joy and life, so when there is a death, it escapes this common and expected scenario, thus the guidance of a trained professional at this time is essential. After a bibliographical research, four interviews were carried out with hospital psychologists who work or have acted in cases of perinatal death. The interviews were transcribed and analyzed based on meaning and significance, thus configuring content analysis. The results found allowed us to verify that the hospital psychologist has her own method of coping with suffering, depending on the location and situation, she has devices for carrying out interventions, but she encounters some barriers to her performance, such as institutional barriers, resistance of patients, lack of psychoeducation by the team and reception. The research is limited by the small sample, but opens the way for a much-needed discussion that is present daily in hospital and clinic environments. This is a scientific initiation activity developed as a student in the Psychology course, in the discipline Models of Scientific Research.

KEYWORDS: Hospital Psychology; perinatal death; abortion; performance of the psychologist; hospital.

¹ Graduada em Psicologia pela PUC Minas. brunacamargo877@gmail.com

² Trabalho realizado para a disciplina Modelos de Investigação Científica, sob orientação da professora Dra. Maria José V. Marinho de Mattos (PUC Minas) e revisado posteriormente pela professora Dra. Nara Pratta (PUC Minas).

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia Hospitalar é uma das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) de acordo com a resolução nº 013/2007. A atuação deste especialista se dá em instituições de saúde, prestando serviços em nível secundário ou terciário, dentro dos quais o profissional poderá entrar em contato com diversas questões emergenciais.

A concepção social da maternidade está relacionada, entre outros termos, com alegria e vida, portanto, foge a este cenário comum e esperado, quando há ocorrência de um óbito. De acordo com Muza, Souza, Arrais e Iaconelli (2013), muitas vezes o processo de luto é vivenciado de maneira inadequada, não permitindo aos pais passarem por rituais importantes. Durante toda a gestação, os pais realizam diversos preparativos e vivem expectativas que são interrompidos bruscamente no caso de um óbito fetal. Neste sentido, a preocupação materna primária, que se trata de um estado de sensibilidade exacerbada e que é recuperada na medida em que o bebê cresce, diante da ocorrência de uma morte do bebê, o estado de sensibilidade pode revelar-se em uma doença. (IACONELLI, 2007)

O processo de luto trata-se de uma reação normal e esperada diante do rompimento de um vínculo, sua função é propiciar a reconstrução de recursos internos, viabilizando o processo de adaptação ao novo momento decorrente da perda. (MUZA *et al*, 2013). No caso do luto perinatal, ou seja, quando há ocorrência de óbito fetal, o vínculo precede o nascimento do bebê e, portanto, quando há uma interrupção do curso da gravidez “a mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto que, para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perde” (IACONELLI, 2007, p. 618). A maternidade é um momento de transição de identidade de mulher para a identidade de mãe e, diante da impossibilidade de executar este papel, ocorre também a morte simbólica da mãe, evidenciando uma incapacidade de gerar um filho.

O tempo para a elaboração do luto varia de indivíduo para indivíduo, e não deve ser apressado. A psicologia deve auxiliar os enlutados a se apropriarem desta perda, torná-la de alguma forma mais próxima de si e real para que possam, posteriormente, falar sobre o fato ocorrido, assimilá-lo e elaborá-lo, favorecendo sua saúde psíquica. Neste sentido, foi proposta a seguinte pergunta norteadora desta pesquisa: como é a atuação da psicóloga hospitalar em ocorrências de morte perinatal?

Como objetivos da pesquisa, buscou-se conhecer como é a atuação da psicóloga hospitalar em casos de ocorrência de morte perinatal; investigar as possibilidades de intervenção e

técnicas psicoterápicas disponíveis diante da ocorrência de morte perinatal; e identificar as dificuldades de atuação deste profissional neste contexto.

Esta pesquisa justifica-se pela temática da morte perinatal ser uma realidade diária em diversas instituições de saúde e deve ser tratada de forma a prevenir as possíveis complicações de saúde mental da família que passa por esta experiência. Além disso, em pesquisa inicial realizada para levantamento da bibliografia do presente projeto, notou-se que há pouco material publicado. No período da última década foram encontrados apenas 15 artigos sobre a temática, ao consultar periódicos das bases de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Assim, esta pesquisa pretende aprofundar-se no conhecimento acerca da temática e também reunir dados e informações importantes ao profissional que irá atuar em contextos em que poderá ter contato com óbitos perinatais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As atribuições da Psicóloga Hospitalar

A Psicologia Hospitalar é uma especialidade reconhecida como tal desde 2001 (MÄDER, 2016). É caracterizada por prestar serviços de atenção secundária e terciária à saúde e é regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia. (CFP, 2007). Quanto às atribuições, além do desenvolvimento de atividades nos diferentes níveis de tratamento, como a avaliação e acompanhamento dos acometimentos psíquicos aos pacientes que são submetidos a procedimentos, também promove intervenções direcionadas às diversas configurações relacionais entre equipe-paciente-família, bem como a relação com o processo de adoecimento e hospitalização e seus desdobramentos.

A depender da demanda da instituição, bem como da formação da psicóloga hospitalar, há diversas modalidades de intervenções que podem ser desenvolvidas. Dentre as possibilidades interventivas estão os atendimentos psicoterapêuticos, individuais ou em grupos, em ambulatorios, em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), em enfermarias, realização de grupos de psicoprofilaxia, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico e interconsultas. (CFP, 2007)

Segundo Mäder (2016) a Psicologia em contexto de hospital tem como principal objetivo realizar o acolhimento e dedicar-se ao trabalho com pacientes e familiares em sofrimento psíquico decorrente do processo de adoecimento, de internação e dos tratamentos. Uma vez que no hospital há uma linha tênue que permeia a vida e a morte, o psicólogo pode facilitar os

processos de adaptação e de organização das realidades dos pacientes e familiares, promovendo saúde e qualidade de vida.

2.2 Possibilidades de atuação do psicólogo em maternidade e UTI Neonatal

Arrais e Mourão (2013) defendem que a inserção do psicólogo em maternidade e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve ocorrer a partir de uma organização da rotina e participação destes profissionais no cotidiano dos serviços, sem restringir suas atividades a pareceres psicológicos, mas partindo para uma abordagem regular das famílias e seus bebês. A realização de um acolhimento dos pais e o auxílio na vinculação destes se tornam essenciais neste contexto novo, além de proporcionar um ambiente de escuta para que haja um entendimento do que é a parentalidade e como esta implicará no bebê.

De acordo com estas autoras, as demandas espontâneas são difíceis de surgir, portanto, o profissional deve mostrar que ela existe a partir de cada paciente. A maternidade apresenta uma particularidade pois estas mulheres muitas vezes são reduzidas à sua condição de gravidez, separando-as de sua subjetividade e eliminando a possibilidade de surgimentos de doenças durante a gestação. Além disso, há uma desconsideração na existência de sofrimento nesta fase da vida da mulher, e o senso comum considera que este é um período apenas de alegrias. (ARRAIS; MOURÃO, 2013)

A intervenção da equipe psicológica raramente é requisitada além dos casos onde há evidência de alguma deficiência na criança, intercorrência durante o parto ou óbito. Os estudos encontrados pelas autoras denotam uma falta de sistematização de protocolos e rotinas praticadas por psicólogos em UTIN, e afirmam que quando há esta rotina é possível que o profissional possa verificar de maneira próxima aqueles casos que demandam acompanhamento psicológico regular.

A partir de uma proposta de atuação do psicólogo na obstetrícia, Arrais e Mourão (2013) apresentam em seu artigo as atividades possíveis, seus objetivos e sua operacionalização. Dentre as definições, destacam-se a realização de:

- 1) Ronda, que consiste em uma caminhada junto à gestante e seus companheiros pelos corredores do hospital, utilizando da escuta terapêutica bem como de técnicas de controle de ansiedade e dor, facilitando a emergência de uma demanda.

- 2) Atendimento de Apoio Individual às gestantes e puérperas, que se trata de uma abordagem breve durante o período de internação. Tem como objetivo proporcionar escuta atenta à paciente que passa por um momento delicado de mudanças intensas.

3) Atendimento de Familiares e Acompanhantes, trata-se do atendimento destes, em grupos ou individualmente, pois também passam por processos de mudança com a chegada do bebê. Tem objetivo de estimular a participação dos familiares no trabalho de parto, visando o equilíbrio e bem-estar dos membros; esclarecer dúvidas sobre o processo de internação além de orientações sobre as mudanças de rotinas e como poderão proceder.

4) Preparação para o trabalho de parto e parto, durante o qual a presença de um psicólogo é muito importante para auxiliar a paciente a lidar com a dor, uma vez que esta está relacionada às emoções.

5) Atendimento aos bebês da UTIN, consiste em auxiliar a equipe e aos pais na identificação de sinais que o bebê emite, dando-lhe voz e compreendendo suas necessidades, além de estimular a vínculo entre pais e bebês e também a estimulação sensorial global aos bebês.

6) Atendimento e acompanhamento de famílias com os bebês em UTIN. Tem como objetivo proporcionar segurança e conforto aos pais e familiares dos bebês, de maneira que recebam acompanhamento e acolhimento, diante de cada caso.

7) Pré-natal psicológico, trata-se de um atendimento perinatal voltado para a humanização do processo gestacional e de construção da parentalidade. Através de atendimentos em grupos abertos, visa a uma integração entre gestante e família ao processo gravídico-puerperal, através de encontros temáticos; prevenção da depressão pós-parto e outros distúrbios emocionais; entre outros. Esta intervenção também é chamada de psicoprofilaxia.

8) Atendimento psicológico de apoio a grupos tais como: pais de UTIN; pais de bebês de 0 a 1 ano; casais grávidos, puérperas em sofrimento psíquico. Para estes casos, a realização de grupos homogêneos é ideal para trabalhar a problemática vivida por cada grupo, podendo proporcionar apoio e orientação relacionados às experiências vivenciadas e favorecer a troca de experiência entre os participantes de forma que eles possam se ajudar mutuamente.

9) Atendimento Psicológico em domicílio. Tem como objetivos proporcionar segurança e amparo aos pais, além de favorecer a elaboração do luto em casos de óbitos de recém-nascidos e aborto.

10) Interconsulta, que além de fornecer parecer psicológico sobre as pacientes, possibilita a socialização e a interação entre paciente e equipe; também objetiva esclarecer sobre o estado geral da paciente.

11) Atendimento ao óbito perinatal, essencial para favorecer a elaboração do luto, prevenir traumas obstétricos futuros e a instalação do luto patológico. Pode ser realizado a partir da promoção da despedida do bebê, garantindo às famílias um espaço de expressão da perda.

Em relação a este último item, Arrais e Mourão (2013) afirmam que é papel dos psicólogos hospitalares favorecer um espaço para que haja a possibilidade de iniciar um processo de luto, incentivando a fala e verificando se há algum desejo ritualístico dos pais. Conforme Brasil (2009) os casos em que a gestação tenha duração inferior a 20 semanas, ou o peso do feto seja menor que 500 gramas, ou estatura menor que 25 centímetros não há emissão da Declaração de Óbito. No entanto, diante do desejo de sepultamento é facultativa a emissão deste documento.

A Declaração de Óbito tem dois objetivos: padronizar a coleta de informações sobre mortalidade subsidiando as estatísticas vitais e epidemiológicas no Brasil, e apresentação de tal documento para obtenção da Certidão de Óbito nos Cartórios de Registro Civil para fins de de liberação para sepultamento e outras medidas legais (CREMESP, 2020). O psicólogo poderá sinalizar aos pais também sobre estes procedimentos, informá-los e fornecer espaço para a elaboração de suas vontades, prevenindo desdobramentos de um luto mal resolvido.

De acordo com Iaconelli (2007), a perda vivenciada pela mãe é diferente da perda vivenciada pelos outros membros da família, pois ela carregou e sentiu o filho em seu ventre. Assim, é comum uma falta de reconhecimento social da dor da perda de um feto ou recém-nascido, o investimento psíquico dos pais nestes filhos não é entendido, levando as pessoas a repetirem frases de conforto como “você é jovem, poderá ter outros filhos”. Esta postura comum evidencia a negligência de espaço para a elaboração do luto.

Além dos rituais que devem ser considerados e concedidos individualmente às famílias que sofreram a perda, é necessário que o psicólogo hospitalar investigue possíveis vulnerabilidades e riscos destes pais. A apropriação deste momento auxiliará na elaboração futura, favorecendo a saúde psíquica dos casais e de seus futuros bebês. (ARRAIS; MOURÃO, 2013). Dentre alguns desafios para a atuação do psicólogo hospitalar, destacam-se:

Sensibilizar a equipe para a dimensão subjetiva que cada bebê traz consigo, para além de sua história clínica; Facilitar a comunicação efetiva da equipe com os pais, principalmente quando estes não correspondem às exigências que lhes são feitas, para que possam responder as questões que surgem ao longo da internação; Dividir com a equipe as expectativas e angústias produzidas pelo trabalho com os bebês prematuros; Toda a equipe implicada na construção de um ambiente de UTI/UTI Neonatal que propicie um espaço para que pai, mãe e bebê tenham uma vida afetiva em comum, participando dos cuidados dispensados ao seu bebê. (BALTAZAR; GOMES; CARDOSO, 2010, p.15)

O contexto hospitalar é diverso da atuação clássica da psicologia que é entendida como a psicoterapia entre as quatro paredes de uma sala de consultório. A escuta qualificada é muito mais importante do que o *setting* pré-determinado, este é construído de maneira psico-

lógica. Além disso, Arrais e Mourão (2013) apresentam uma crítica sobre a dificuldade de comunicação entre os diversos profissionais, uma vez que as informações de procedimentos realizados são registradas nos prontuários sem discussões de suas percepções pessoais entre os profissionais.

As autoras apontam que em sua experiência no estágio no hospital, a escuta ocorria em diversos ambientes tais como nos corredores, junto ao leito, na sala de espera, de parto, junto à equipe médica e casos de intervenções com os acompanhantes. A proporção de espaços para a expressão da subjetividade é trabalho específico do psicólogo, desta forma, este profissional atua na prevenção de possíveis psicopatologias que estejam de alguma forma relacionadas ao contexto de vida ou morte do bebê, dispensando atenção ao esclarecimento de informações bem como às fantasias das pacientes. Além disso, as autoras evidenciam a importância do trabalho interdisciplinar, visando a uma abordagem global da paciente e, conseqüentemente, maior êxito das intervenções. Ademais, apresentam fatores essenciais para a atuação do psicólogo na saúde como determinação, postura ativa, disponibilidade, flexibilidade e criatividade, devido à necessidade de abrir mão de instrumentos e técnicas tradicionais.

2.3 As implicações do luto em caso de morte perinatal

A morte perinatal é uma expressão utilizada para designar a ocorrência de óbito antes, durante o nascimento ou no período neonatal que compreende os primeiros 27 dias de vida do bebê. Segundo a Organização Mundial de Saúde, óbito fetal ou natimorto são expressões utilizadas para identificar a ocorrência de morte do bebê no período intrauterino, mas na prática médica existem expressões que diferenciam o período em que houve o óbito do bebê: aborto precoce é a expressão que denomina a morte ocorrida até a 13^a semana de gestação; aborto tardio denomina a morte ocorrida entre a 13^a e 22^a semana; e óbito fetal ou natimorto indicam a morte após a 22^a semana de gestação. (BRASIL, 2012)

Freire (2012) aborda em sua dissertação diálogos com gestantes que sofreram morte perinatal dentro de um grupo terapêutico de gestantes de alto risco. Esta autora realizou um levantamento bibliográfico a partir de 19 artigos e quatro dissertações, dentre os quais as questões abordadas nas pesquisas tratavam-se do enlutamento materno ou familiar, e representações sociais das mulheres que sofreram perdas. Segundo esta autora, a maior parte dos estudos abordaram abortos espontâneos, precoces ou tardios, as pesquisas que abordam óbitos fetais são mais raras e tratam sobre o sofrimento materno e luto familiar.

As categorias dos achados nos artigos analisados pela autora foram: Natimorto e contexto sociocultural; Luto materno por natimorto; Falta de reconhecimento social do luto por natimorto; Políticas públicas: prevenção, Intervenção e apoio psicoterápico; e Interesse na etiologia do óbito fetal.

A categoria Natimorto e contexto sociocultural, abordou sobre o mito da maternidade o qual se trata da influência sociocultural na maternidade, impondo uma incompletude da mulher que não tem filhos e a redução da mulher à procriação.

As cobranças sociais pela maternidade colocam as mulheres numa situação de extrema fragilidade, ansiedade e insegurança ante a impossibilidade de gerar filhos vivos, especialmente as que já sofreram óbitos fetais. Tal contexto social influenciaria a forma como a mulher vivencia o luto por natimorto. (FREIRE, 2012, p. 23)

A segunda categoria, Luto materno por natimorto, abordou a questão do luto na psicanálise, que envolve o desinvestimento temporário em atitudes diárias da vida e não é necessária uma intervenção, uma vez que se trata de um processo natural e que requer um tempo. Contudo, Freire (2012) afirma que a perda de um bebê é uma questão singular pois há uma vinculação e investimento da mãe, a ocorrência de perda é, também, perda de si.

Uma pesquisa realizada por Armstrong e Hutti (1998) citada por Freire (2012) aponta que há distinção de investimento gestacional dentre grupos de gestantes primíparas e grupos de gestantes que sofreram perdas anteriores. Estes autores apontam que as gestantes que sofreram perdas anteriores apresentam maior ansiedade e menor vínculo com a gestação atual, sofrendo influências decorrentes da não elaboração do luto.

A terceira categoria analisada por Freire (2012) discorre sobre a falta de reconhecimento social do luto por natimorto. A autora apontou que o luto não elaborado destas mulheres pode ser agravado devido à existência de estigmas sociais como castigo pelos pecados. “Por não constar como morte humana nos registros estatísticos é que o natimorto, invisível, não pode constar como meta de saúde pública no mundo. O Brasil está entre os países que não vê ou registra seus filhos natimortos” (FREIRE, 2012, p.27).

A autora aponta que segundo a Lei Federal nº 6.216, de 30 de junho de 1975, os natimortos são registrados em livro especial e, portanto, não têm registro de nascimento, impedindo que a família nomeie o filho morto. O parágrafo 2º do artigo 53 desta lei indica que o registro de nascimento e morte é realizado na ocasião da criança ter respirado após o nascimento, do contrário o parágrafo 1º indica que o registro do natimorto é realizado apenas no livro “C auxiliar” (BRASIL, 1975). Freire (2012) cita Lacan (1954/1978) a respeito da impor-

tância de se nomear um objeto pois, assim, este subsiste além de seu desaparecimento e reorganiza o equilíbrio psíquico da mulher.

A quarta categoria, Políticas públicas: prevenção, intervenção e apoio psicoterápico, aborda a questão da dificuldade de atuação dos profissionais frente à invalidação do luto. A estrutura hospitalar é essencial para auxiliar na elaboração do luto para estas mulheres pois:

Após a perda fetal a mãe apresenta dificuldades no relacionamento com mulheres grávidas e com bebês, pois tal contato traz à lembrança da ausência do filho. (...) A mulher que vivencia a morte de uma criança antes de seu nascimento precisa expressar e sentir suas dores para reorganizar-se emocionalmente, uma vez que a negação de tais sentimentos impossibilita a elaboração adequada do luto. (FREIRE, 2012, p. 29).

Freire (2012) cita Winnicot (1958/2005) e a questão do ambiente de *holding* que deveria estar presente nas maternidades, ultrapassando os cuidados de ordem física, mas também oferecendo um espaço para que a enlutada seja acolhida em sua dor. Além disso, Iaconelli (2007) também aponta Winnicot (2000) no que diz respeito à preocupação materna primária, na qual a mãe exerce sensibilidade exacerbada e que é recuperada na medida em que o bebê cresce. No caso de uma morte do bebê, o estado de sensibilidade pode revelar-se em uma doença.

A morte de um bebê e o luto carrega um aspecto de incomunicabilidade e incompreensão. A morte de um filho inverte a ordem cronológica esperada na vida e, nesse sentido, o tempo de elaboração do luto é reduzido e busca-se preencher este vazio. “Coloca-se outro bebê no lugar do que foi perdido, ou seja, do mesmo. (...) Não há como compartilhar deste luto no senso comum da modernidade, ficando a mãe duplamente desamparada: pelo bebê e pelos adultos (IACONELLI, 2007, p. 620). Neste mesmo sentido, a percepção social da maternidade influencia a vivência do luto do filho natimorto. “O sofrimento psíquico por óbito fetal é triplo, a mãe sofre um luto pela morte do filho, pela impossibilidade de ser mãe e pela não validação social de seu luto, uma perda invisível.” (FREIRE, 2012, p. 32).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem descritiva, construída a partir da revisão bibliográfica sobre o tema disponível na literatura. Foram realizadas entrevistas e, posteriormente, análise das respostas a partir do sentido e da significação configurando, assim, como análise de conteúdo das mesmas (SANTOS, 2012). Para o desenvolvimento deste projeto fo-

ram estabelecidos a problematização, objetivos gerais e específicos, visando atendê-los ao fim desta pesquisa.

Para compor o referencial teórico foi realizada uma busca de materiais a partir dos termos de busca: “morte perinatal” em associação com “psicologia hospitalar”. A consulta foi realizada nas bases de dados do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que reúne produções científicas nacional e internacional através de bases de dados e bibliotecas virtuais em saúde como Scielo, Lilacs, PePsic, Index-Psi, entre outras. A busca realizada compreendia 15 artigos publicados nos últimos dez anos, dentre os quais foram utilizados alguns para compor o referencial teórico e para realizar a análise das entrevistas.

A fim de investigar a atuação das profissionais em psicologia hospitalar diante da ocorrência de morte perinatal, foi elaborado como instrumento um roteiro de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas. Segundo Marconi e Lakatos (2003) este tipo de entrevista permite o desenvolvimento da entrevista na direção pretendida, permitindo que explore mais amplamente alguma questão.

Os sujeitos desta pesquisa foram quatro psicólogas hospitalares que foram contatadas via redes sociais e telefone. Para a busca das participantes foi utilizada a técnica metodológica *snowball sampling* que, segundo Munhoz e Baldin (2011), consiste em formar uma amostra não probabilística a partir da indicação de novos participantes pelos investigados inicialmente. Esta técnica, portanto, é caracterizada pela utilização de redes de referência. As entrevistas foram realizadas via videoconferência utilizando os aplicativos “Whatsapp”, “Skype” e “Zoom”, foram gravadas utilizando aplicativo de gravação do dispositivo telefônico móvel e posteriormente foram transcritas para a realização da análise.

O critério de seleção das psicólogas contatadas foi que deveriam ter especialização em psicologia hospitalar e terem atuado ou estarem atuando no momento da pesquisa em hospital, com experiência direta com óbitos perinatais. Das quatro participantes, duas eram atuantes em hospital no momento da pesquisa e duas atuaram em hospital durante a especialização em psicologia hospitalar ou durante residência multiprofissional. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se trata de um documento para formalizar o esclarecimento do caráter da pesquisa ao participante. Os termos foram enviados por e-mail às participantes e foi orientado que respondessem ao e-mail ao concordarem com os termos descritos. Para assegurar o sigilo e preservar a imagem e vida pessoal e profissional das entrevistadas, foram utilizados números. (Psicóloga 1, Psicóloga 2, Psicóloga 3 e Psicóloga 4)

Para a análise e interpretação de dados foi utilizado a Análise de Conteúdo das entrevistas, para uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das mensagens e sua interpretação. De acordo com Bardin (2011) as fases que compõem uma análise são: a) Pré-análise, que deve sistematizar as ideias iniciais a partir do referencial teórico e estabelecer os indicadores para a interpretação do conteúdo; b) Exploração do Material, que consiste na codificação das mensagens em unidades de registro; e c) Interpretação, que compreende a captação de conteúdos latentes e manifestos nas mensagens.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir de leitura minuciosa das transcrições das entrevistas, foram encontrados diversos pontos importantes acerca da atuação da psicóloga hospitalar diante da morte perinatal. Foram identificadas três categorias de análise que contemplam os objetivos propostos inicialmente, a saber: A Atuação diante da morte perinatal; Possibilidades de intervenção; e Barreiras e dificuldades de atuação.

No Quadro 1 encontram-se alguns dados acadêmicos das psicólogas e sobre seu tempo de experiência de atuação.

Quadro 1 – Dados acadêmicos e de experiência das entrevistadas

Psicólogas	Ano de Formação	Especialização	Formação complementar	Tempo de Experiência
P1	2016	Psicologia Hospitalar (2017) Residência Multiprofissional em Saúde Neonatal (2020)		Dois anos na Residência
P2	2017	Psicologia Hospitalar e da Saúde (2020)	Psicologia Perinatal	Dois anos no hospital atual
P3	2016	Psicologia Hospitalar (2018)	Psicologia Perinatal	Dois anos na Especialização
P4	2013	Psicologia Hospitalar (2016) Mestrado em Psicologia da Saúde	Aprimoramento em Atenção Básica e saúde da família; Curso de doula	Sete anos no hospital atual

Fonte: Elaborado pela autora.

4.1 A atuação diante da morte perinatal

As entrevistadas citaram diversas funções e atividades realizadas dentro do hospital que se encontram descritas no Quadro 2, dentre elas, atendimento ambulatorial, individual e em grupo, nos setores de terapia intensiva e interconsulta foram frequentes, demonstrando coerência com as atribuições do Psicólogo Hospitalar (CFP, 2007).

P1 e P3 obtiveram experiência com a morte perinatal na residência e especialização, respectivamente, e devido à especificidade das formações, tinham contato próximo à maternidade e UTIN. P1 relatou que a instituição era referência regional para o atendimento de gravidez de risco. P4 e P2 relataram que atuam diretamente com o setor de maternidade e UTIN, enquanto outros profissionais da psicologia atuam nos outros setores do hospital.

Quadro 2 – Áreas de intervenção das psicólogas

P1	Setores de pré-parto, maternidade, UTIN, cuidados intermediários, berçário de baixo risco e pediatria. No primeiro ano, alternando mensalmente os setores, e no segundo ano prioritariamente o setor neonatal.
P2	Abulatório de gestação de alto risco, grupos de gestantes, triagem para verificar a necessidade de acompanhamento individual ou em grupo. Centro obstétrico, UTIN e alojamento conjunto.
P3	Acolhimento da equipe e grupos terapêuticos com os familiares que acompanham os bebês internados. Atendimento individual aos pacientes e aos familiares na área infantil e neonatal.
P4	Ambulatório por demanda espontânea da gestante ou por interconsulta, triagem para acompanhamento a longo prazo ou esporádico. Atendimento pós-parto, orientação sobre o aleitamento materno, busca ativa na maternidade por demandas emergentes. Pronto socorro por interconsulta e por solicitação da equipe na maternidade, centro obstétrico, UTIN e berçário. Rotina na maternidade, UTIN e berçário, avaliação das pacientes na maternidade diariamente, acompanhamento duas a três vezes na semana na UTIN, conforme a evolução de cada bebê, e no Centro Obstétrico por solicitação da equipe. Em caso de internação por situação de perda, indução ou curetagem, a equipe também solicita a psicóloga.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando o risco de vida ou de comprometimento à saúde da mãe e/ou do feto ou recém-nascido é maior do que a média da população de referência é denominado gestação de alto risco. Existem alguns fatores de riscos mais comuns que devem ser identificados pela equipe de saúde a fim de estarem alertas para possíveis complicações no decorrer da gestação. (BRASIL, 2012)

Aspecto quase esquecido, por receio ou desconhecimento, é o componente emocional no seguimento da gestação de alto risco. Assim como organicamente a gravidez representa desafio para condições maternas, também do ponto de vista emocional surge como desafio adaptativo. No conteúdo emocional da mulher grávida entram em jogo fatores psíquicos preexistentes e atuais, e, entre os últimos, os componentes da gravidez e ambientais. Este conteúdo manifesta-se principalmente por intermédio da ansiedade, mecanismo emocional basal que se estende durante toda a gravidez, de forma crescente, até o termo. (BRASIL, 2012, p. 16)

No que diz respeito à morte perinatal, as psicólogas relataram que esta ocorrência é muito comum, seja por aborto, óbito fetal ou morte neonatal, todas relataram que tiveram experiências com as três situações. No entanto, a conduta da equipe varia de acordo com o tempo gestacional.

O que a equipe solicitava mais era a questão da morte neonatal. Eu acho que isso se dá ao fato de os próprios profissionais da saúde não reconhecerem ainda e não autorizarem o luto gestacional, o luto quando o bebê não nasceu de fato. (P3)

Eu vejo que ainda tem um certo preconceito de muitas pessoas da equipe, vai depender muito da forma como esse óbito acontece, e de que período que esse óbito acontece. (P4)

Segundo Arrais e Mourão (2013) a equipe da psicologia geralmente é solicitada em casos em que há má formação fetal, abortos e óbitos porque o sofrimento dos pais fica mais evidentes nestes casos. De acordo com estes autores raramente a psicologia é acionada para a realização de uma intervenção de psicoprofilaxia das gestantes e puérperas.

P4 relatou que há uma resistência da equipe em chamar a psicologia diante de ocorrências que são rotineiras para a equipe, como no caso de curetagem que é um procedimento realizado para retirar do útero os restos de um aborto.

Eu vejo que falta as vezes uma compreensão maior da equipe, de qual demanda emocional que pode ter por trás. Então, elas costumam chamar quando a paciente tá chorando, mas a gente enquanto psicóloga a gente sabe que não é porque não está chorando que não tem um sofrimento ali por trás. (P4)

P2 relatou que os casos de morte em que as mães são avisadas previamente que o bebê não irá sobreviver, seja por má formação ou outra condição clínica, a maneira de lidar com o sofrimento é diferente, comparado com os casos em que a mãe é pega despreparada. “A gente percebe um desespero, um sofrimento muito mais intenso [...] choro, questão de comportamentos assim de se jogar no chão, de gritar, é mais presente nesses óbitos que não são esperados”.

De acordo com Freire (2012) ao perder um bebê, a mãe sofre pela morte de seu filho, pela impossibilidade de ser mãe e pela invalidação social de seu luto, uma perda denominada invisível, uma vez que para os registros tal morte é registrada em livro especial em caso de óbito intrauterino e mediante a Declaração de Óbito, documento que deverá ser solicitado (BRASIL, 2009). Além disso, Rios, Santos e Dell’Aglío (2016) relatam que o envolvimento da mãe com o bebê é tanto físico quanto emocional, uma vez que essa interação ocorre a partir de experiências, movimentos e reações que são sentidos pela mãe e aos quais ela atribui significados.

Segundo Iaconelli (2007) a possibilidade de desenvolvimento de uma patologia decorrente do óbito perinatal se dá a partir do tratamento despendido a estas mulheres. O trauma

não está relacionado à memória do ocorrido, já que esta revela uma prova de realidade, mas está relacionado com a experiência que abala um sistema de crenças, impossibilitando a percepção, simbolização e organização da realidade.

P1 e P3 relataram que primeiro atendiam às solicitações da equipe para depois buscarem ativamente outras demandas de atendimento. Considerando que as equipes podem não estar sensibilizadas para a demanda emocional envolvida em cada caso singular, observa-se necessário a instauração de um plano de atendimento a ser seguido em casos de morte perinatal. P3 relatou que quando havia uma morte perinatal pegava um contato com a família para fazer uma ligação uma semana pós-óbito. *“Se acontecia uma morte e a psicologia não tava, dificilmente você conseguia o contato com essa mãe depois.”*

4.2 As Possibilidades de intervenções

As psicólogas citaram que realizavam o acolhimento das mães que sofreram ocorrência de óbito fetal. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é um dos conceitos que norteiam o trabalho de humanização, trata-se de um reconhecimento da demanda em sua singularidade. (Ministério da Saúde, 2001)

Segundo Senneborn e Werba (2013) o acolhimento exige uma escuta qualificada, uma postura continente, o mínimo de interferências durante o processo e, ao final, “verificar como a pessoa se sente e se o fator organizador do acolhimento pode ser observado” (p.6). Estas autoras afirmam que a escuta central, dispensando interpretações ou intervenções que mobilizem ansiedade, proporcionam um espaço de expressão dos sentimentos causados pelo sofrimento psíquico.

P2 apontou que não há disponível em seu município um grupo terapêutico de luto perinatal para poder referenciar após a alta das pacientes e, portanto, as intervenções são realizadas no dia a dia. Utiliza cartas terapêuticas e desenhos, além de técnicas possíveis no dia a dia que configurem maneiras diversas e adequadas ao momento para que haja elaboração. *“Ali dentro do hospital a gente vai trabalhando conforme vê necessidade, a gente mesmo faz os recursos”.*

A garantia de um espaço de expressão da perda é de suma importância que haja a elaboração do luto, prevenindo possíveis traumas e complicações de um luto patológico. Segundo Arrais e Mourão (2013), a psicóloga hospitalar deve favorecer este espaço, realizando o acolhimento, esclarecendo dúvidas, incentivando a fala e verificando se há algum desejo ritualístico destes familiares.

P4 relatou que para fins de comunicação entre os profissionais da equipe, realiza uma avaliação psicológica para registro da evolução e acompanhamento do caso. *“Eu tenho ela como guia, [...] pra equipe poder se situar sobre o caso, mas não uso nenhum outro tipo de instrumento psicológico além da escuta e do acolhimento mesmo.”*

A escuta terapêutica e o acolhimento são instrumentos essenciais para o trabalho do psicólogo, principalmente no que diz respeito aos casos de emergências onde há uma desorganização e desadaptação do sujeito.

O acolhimento enquanto postura pode ser considerado um componente cujo potencial reorganizador é observável na fala, na forma de expressão da pessoa, a qual se modifica de uma sessão para a outra, denotando maior clareza e organização dos pensamentos e sentimentos que vão se delineando mais ordenadamente na sessão. (SONNERBORN; WERBA; 2013, p. 12)

Desta maneira, percebe-se que toda a equipe tem a responsabilidade de auxiliar à mãe e à família em sua perda oferecendo o acolhimento, permitindo que haja um espaço possível para que seus sentimentos sejam expressos e validados.

4.3 Barreiras e dificuldades da atuação

Segundo Arrais e Mourão (2013) o setor da maternidade é mais trabalhoso para que haja uma percepção de demandas emergentes a partir de cada paciente, uma vez que há um senso comum que diz que o período de chegada do bebê é caracterizado por alegrias. Desta maneira, é comum a desconsideração de que possa haver sofrimento neste período.

As dificuldades apontadas pelas psicólogas em resposta à pergunta sobre as maiores barreiras ou dificuldades para a atuação diante da morte perinatal encontram-se descritas no Quadro 3, dentre elas destacam-se as barreiras institucionais e de condutas profissionais.

Quadro 3 – Barreiras para a atuação da psicóloga

P1	<i>...espaço físico...</i>	<i>...mães que estão com bebês em óbito estarem na mesma sala que o pré-parto, isso atrapalhava a evolução e atrapalhava meus atendimentos também. (...) Porque as mães que estão pra ter bebê normalmente estão gritando, estão falando dando risada, conversando, e o fato de que eu não conseguia fazer um grupo, que eu acho que seria bem interessante ali nesse público.</i>
P2	<i>...resistência...</i>	<i>...a maior dificuldade é quando não é permitido que você faça parte, que você possa auxiliar da forma que você poderia.</i>
P3	<i>...psicoeducação da equipe...</i>	<i>... no sentido de reconhecer esse luto, de autorizar esse luto, de validar esses sentimentos (...)</i>

P4	...[falta de] acolhimento...	...a forma principalmente da equipe médica, na hora de lidar com isso (...). Eu acho que, até como uma forma de proteção, elas não entram muito em contato com isso, já quer passar o paciente a diante logo, então já interna logo e já vamos tirar ela daqui do PS [pronto-socorro] (...) a forma como a equipe muitas vezes dá a notícia. (...) acho que falta um protocolo mais adequado, e até de comunicação entre a equipe.
----	------------------------------	--

Fonte: elaborado pela autora

Neste sentido, a psicoeducação da equipe profissional é necessária para a realização de um acolhimento adequado, evitando frases de uso do senso comum como destacou P3: “[...] os profissionais falando, não, você vai engravidar de novo, ele nem nasceu, esse tipo de frase, de comentário, então, é uma mãe, [...] o sofrimento dela não tá sendo validado ali.”

A necessidade de realizar capacitações e treinamentos com a equipe se mostra importante pois para realizar o acolhimento da pessoa em sofrimento o profissional deve estar preparado para manter uma postura continente e oferecer um espaço de aceitação, onde o sofrimento poderá ser expressado sem julgamentos (SONNEBORN; WERBA, 2013).

Academicamente mesmo, eles não são preparados pra isso. E emocionalmente eles ficam muito abatidos é bem aquele estereótipo: chorou, chama a psicóloga. E geralmente quando a mãe já vem com um aborto ou óbito fetal, elas estão chorando, então eles chamam e ficam bem desesperados. (P1)

No caso de P1, que teve experiência em Residência Multiprofissional, o contato próximo com os residentes de diversas áreas demonstra que os profissionais de saúde não são preparados na formação para lidar com as emergências da subjetividade humana, a angústia acaba sendo encaminhada ao psicólogo. No entanto, em contexto hospitalar onde a emergência humana é eminente a todo momento, o preparo dos profissionais na academia deve ser repensado. P2 relatou que resolveu esta questão com a equipe a partir de um treinamento de acolhimento ao luto: “Eu pontuei o que se faz num acolhimento e o que não se faz. O que se fala e o que não se fala. E daí eles começaram a mudar um pouquinho a dinâmica. Porque é bem complicado mesmo, as vezes eles não têm muita noção. Foi bem intenso, foi bem resolutivo, funcionou.”

A questão da psicoeducação implica em diversos pontos, o acolhimento das pacientes é uma questão de absoluta importância, porém a instituição pode apresentar barreiras que podem agravar a situação das pacientes, também há de se rever estas questões. Além do apontamento de P1 sobre o espaço físico do ambiente hospitalar, P2 também relatou ter tido experi-

ência com este tipo de ocorrência. *“Eu já comprei algumas brigas ali dentro por terem colocado uma mãe com óbito fetal junto com uma que acabou de ganhar um bebê”.*

P4 também relatou barreiras institucionais para o atendimento às mães que sofreram morte perinatal. A equipe tem o cuidado de *“não deixar no mesmo quarto duas mães, uma que está em processo de parto e uma que está em processo de aborto”.* Entretanto, o local de atendimento ambulatorial para o acompanhamento destas mães que sofreram perda é o mesmo local aonde as mães vão com seus recém-nascidos. O que configura uma dificuldade da instituição pois falta um local próprio para o atendimento de mães enlutadas. *“Então é muito difícil para eu poder fazer o atendimento lá, de uma mãe que acabou de perder o bebê, considerando que ela vai estar no meio de um monte de grávida e de um monte de bebê recém-nascido.”*

Segundo Freire (2013) a estrutura hospitalar e a maneira como os profissionais da saúde lidam com as mães são problemáticas de discussão de políticas públicas, em seu estudo a autora encontrou outras pesquisas que relataram as mesmas questões nas instituições hospitalares. Esta autora ressalta que a mãe que sofreu a perda de um bebê apresenta dificuldades no relacionamento com outras grávidas e bebês, ela precisa de tempo para expressar seus sentimentos e se readaptar a esta nova realidade.

Outra dificuldade apontada foi com relação à equipe que chamava a psicóloga em casos em que a paciente apresentava choro, desconsiderando os possíveis sofrimentos decorrentes de situações graves em que o choro não estava presente.

Até eu conseguir colocar essa ideia na cabeça da equipe, e de conversando, explicando toda a parte emocional, demorou um tempo. Então eu tinha que fazer por busca ativa, eu abria o senso, via que tinha alguma paciente que tava em processo de aborto, ou em processo de curetagem, e aí eu descia por conta própria, e depois sempre dava uma devolutiva pra equipe. (P4)

As psicólogas apontaram que, uma vez fora do hospital, as pacientes não caracterizam mais vínculo com o hospital, portanto não havia um acompanhamento. Iaconelli (2007) ressalta a importância dos grupos terapêuticos nos serviços de saúde para estes pais e mães compartilharem sua dor com os demais. P2 relatou que realiza grupos terapêuticos com as mães que têm bebês em UTIN e que elas mesmas mantêm grupos de contato.

Eu gostaria e ainda pretendo montar um grupo de apoio ao luto perinatal, eu acho que é extremamente importante. Quando elas têm essa troca, eu vejo pelas mães na UTI, elas têm um grupo no whatsapp e elas acabam criando vínculo e mantêm contato depois da internação. E quando uma tem uma perda e outra também tem, elas acabam se ajudando, então, uma ajuda a outra. E quando tem uma morte dentro da

UTI todas elas se comovem, todas elas sentem, então todas vêm para dar apoio, é muito bonito. Acho que é muito importante algo externo dessa forma.

Conforme a especificidade das instituições, das equipes de saúde, bem como do público atendido, diferentes configurações das atividades e possibilidades de intervenção se apresentam e as psicólogas precisam adaptar e reinventar suas práticas para oferecer o cuidado integral à saúde das pacientes e familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a temática da morte perinatal é de grande importância uma vez que se trata de uma ocorrência diária nas instituições de saúde e, portanto, há uma grande probabilidade de o profissional de psicologia encontrar esta ocorrência em sua prática profissional.

A revisão bibliográfica aprofundada sobre a atuação da psicóloga em maternidades e UTIN, bem como os estudos de caso sobre mortes perinatais que foram encontrados na literatura proporcionaram uma ampliação do conhecimento acerca desta temática, além disso, a realização de entrevistas propiciou o levantamento de questionamentos que a literatura encontrada não abarcou.

Por meio das entrevistas foi possível entender sobre a atuação da psicóloga diante da morte perinatal, identificar as diversas barreiras existentes a partir de perspectivas de diferentes profissionais e contextos, além de conhecer as possibilidades interventivas diante das situações que são apresentadas no cotidiano destas profissionais. Assim, considera-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos satisfatoriamente.

Uma limitação da pesquisa é a reduzida amostra de profissionais, de psicólogas que atuam em hospitais, especificamente na maternidade e com experiência em morte perinatal. Devido à emergência da pandemia da Covid-19 o contato com as psicólogas ficou limitado às redes sociais e telefone, portanto sugere-se para futuros estudos uma pesquisa com um número maior de profissionais.

REFERÊNCIAS

ARRAIS; Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. *Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande*, v. 5, n. 2, jul./dez. 2013, p.152-164. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200011> Acesso em: 09 Mar. 2020.

BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. B. Snowbal (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. X Congresso Nacional de Educação. I Seminário internacional de representações sociais, subjetividade e educação. SIRSSE. Out 2011. Paraná: PUC. Disponível em: <https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf>. Acesso em: 09 maio 2020

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva; GOMES, Rafaela Ferreira de Souza; CARDOSO, Talita Beja Dias. Atuação do psicólogo em unidade neonatal:: rotinas e protocolos para uma prática humanizada1. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 02-18, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jul. 2021.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante. Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[Declaracao-de-Obito-WEB.pdf \(saude.gov.br\)](#)> Acesso em: 27 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 013/2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, DF, set. 2007. Disponível em : <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf> Acesso em 10 mar. 2020

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer nº 197.356/19. São Paulo: CREMESP, 13 fev. 2020. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=a&ficha=1&id=16570&tipo=PARECER&orgao=%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20%E3o%20Paulo&numero=197356&situacao=&data=13-02-2020>> Acesso em 27 jul. 2021

FREIRE, Teresa Cristina Guedes de P. *Transparência psíquica em nova gestação após natimorto*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília: Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.abebe.org.br/files/2012_TeresaCristinaGuedesPaulaFreire.pdf> Acesso em: 09 Mar. 2020

IACONELLI, Vera. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Abr. 2020

MÄDER, Bruno J. (org) *Caderno de psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão*. Curitiba: CRP-PR, 2016. Disponível em: <https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF_CRP_Caderno_Hospitalar_pdf> Acesso em: 28 Mai. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Brasília: BVSMS, 2001. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
> Acesso em: 25 mai. 2020

MUZA, Julia C; SOUZA, Erica N; ARRAIS, Alessandra de R.; IACONELLI, Vera. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 34-48, dez. 2013. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 fev. 2020.

RIOS, Tamires Santos.; SANTOS, Cláudia Simone S.; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: relato de experiência. *Rev. de Psicol. da IMED*, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 98-107, jun. 2016. Disponível em:
<<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/975>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] *Rev. Elet. de Educ.* São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em
<<http://www.reveduc.ufscar.br>> Acesso em: 14 abr 2020.

SONNEBORN, Dulcineia; WERBA Graziela C. ACOLHER, CUIDAR E RESPEITAR: contribuição para uma teoria e técnica do acolhimento em saúde mental. *Rev. Div. Cient Conversas Interdisciplinares*. Torres: ULBRA, v. 8, n. 3, p. 4-16, 2013. Disponível em:
<<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ci/article/view/3953>> Acesso em: 30 mai. 2020