



ABORTAMENTO DECORRENTE DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO: A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO NA PERSPECTIVA DE PSICÓLOGAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

ABORTO DERIVADO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO: LA IMPORTANCIA DE LA ACOGIDA PSICOLÓGICA DESDE LA PERSPECTIVA DE PSICÓLOGAS EN EL CONTEXTO HOSPITALÁRIO

ABORTION RESULTING FROM HIGH-RISK PREGNANCY: THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FROM THE PERSPECTIVE OF PSYCHOLOGISTS IN THE HOSPITAL CONTEXT

Camilla Costa Gonçalves¹

Camila Dias de Souza²

Davi Eneias Borges Cardoso de Sousa³

Estella Santa Bárbara Souza⁴

Fernanda Maria Oliveira da Costa⁵

João Leite Ferreira Neto⁶

RESUMO: O presente artigo aborda o processo de acolhimento psicológico e de luto em mulheres que enfrentaram abortamento não desejado devido a gravidez de alto risco, a partir da perspectiva de cinco psicólogas atuantes no contexto hospitalar. Por meio de entrevistas semi-estruturadas, foram exploradas as experiências dessas profissionais, destacando a importância do acolhimento psicológico, as necessidades das pacientes, as dificuldades enfrentadas no ambiente hospitalar e o papel da psicologia no processo de luto. Os resultados evidenciam que o trabalho das psicólogas é essencial para a promoção de um acolhimento qualificado, auxiliando na elaboração do luto em um contexto potencialmente traumático. Contudo, as entrevistas revelaram desafios significativos, como a falta de estrutura física adequada no hospital para o acolhimento psicológico, a sobrecarga de trabalho das psicólogas e dificuldades de comunicação com os centros de saúde para encaminhamentos. Além disso, observou-se que, devido à brevidade da passagem das mães pelo hospital, o contato com as psicólogas possui um caráter imediato e acolhedor, porém limita a continuidade do acompanhamento no pós-alta. As profissionais destacaram também que a lógica hospitalar muitas vezes desconsidera o sofrimento das pacientes, dificultando a criação de espaços para uma escuta ética e humanizada. Apesar desses entraves, o trabalho psicológico é orientado pelos princípios de Integralidade do SUS, garantindo o direito ao encaminhamento a outros serviços da rede, como UBS e CAPS, para a continuidade do cuidado. Como sugestões para futuras pesquisas, enfatiza-se a análise do impacto da ambiência hospitalar no acolhimento psicológico e a investigação do processo de luto sob a perspectiva das mulheres que vivenciaram o abortamento. O estudo contribui para ampliar o entendimento

¹ Psicóloga clínica formada pela PUC Minas, atualmente pós-graduanda em Análise do Comportamento Aplicada pela PUC Goiás. Atua com intervenções baseadas nos princípios da ABA, com experiência em atendimentos voltados ao desenvolvimento infantil – contato: camillagoncalves.co@gmail.com

² Psicóloga clínica formada pela PUC Minas. Pós-graduanda em Terapia de Casal e Família, pela PUC Minas. Atua com atendimentos de casal e famílias e psicoterapia de grupos no contexto de álcool e outras drogas – contato: camiladidasdsouza@gmail.com

³ Graduando em Psicologia pela PUC Minas – contato: davieneiassouza@gmail.com

⁴ Psicóloga clínica pela PUC Minas, atualmente pós-graduanda em Psicanálise: clínica com crianças e adolescentes pela PUC Minas e mestranda pela PUC Minas - contato: estellasantabarbara@hotmail.com

⁵ Psicóloga formada pela PUC Minas. Realiza atendimentos online para adolescentes, adultos e idosos – contato: fernanda_maria033.com

⁶ Psicólogo pela UFMG (1984), mestrado em Filosofia pela UFMG (1994), doutorado em Psicologia Clínica pela PUC-SP (2002) e pós-doutorado em Psicologia Social pela UERJ (2010). Professor adjunto IV do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – contato: jleite.bhe@terra.com.br

sobre a importância de políticas e práticas que assegurem um acolhimento humanizado e eficaz para mulheres nessa situação delicada.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia Hospitalar; Gravidez de alto risco; Acolhimento psicológico, Abortamento não desejado; Psicólogas residentes.

RESUMEN: Este artículo aborda el proceso de apoyo psicológico y duelo en mujeres que enfrentaron la pérdida no deseada de un embarazo debido a gestaciones de alto riesgo, desde la perspectiva de cinco psicólogas que trabajan en un entorno hospitalario. A través de entrevistas semiestructuradas, se exploraron las experiencias de estas profesionales, destacando la importancia del apoyo psicológico, las necesidades de las pacientes, los desafíos encontrados en el ambiente hospitalario y el papel de la psicología en el proceso de duelo. Los resultados evidencian que el trabajo de las psicólogas es esencial para promover un apoyo calificado, ayudando en la elaboración del duelo en un contexto potencialmente traumático. Sin embargo, las entrevistas revelaron desafíos significativos, como la falta de un espacio físico adecuado en los hospitales para la atención psicológica, la sobrecarga laboral de las psicólogas y las dificultades de comunicación con los centros de salud para derivaciones. Además, se observó que, debido a la brevedad de la estancia de las madres en los hospitales, el contacto con las psicólogas tiene un carácter inmediato y acogedor, pero limita la continuidad del seguimiento después del alta. Las profesionales también destacaron que la dinámica hospitalaria a menudo ignora el sufrimiento de las pacientes, dificultando la creación de espacios para una escucha ética y humanizada. A pesar de estos obstáculos, el trabajo psicológico se orienta por los principios de Integralidad del SUS, garantizando el derecho a derivaciones a otros servicios de la red, como UBS y CAPS, para la continuidad del cuidado. Como sugerencias para investigaciones futuras, se destaca el análisis del impacto del entorno hospitalario en el apoyo psicológico y la investigación del proceso de duelo desde la perspectiva de las mujeres que vivieron la pérdida gestacional. Este estudio contribuye a ampliar la comprensión sobre la importancia de políticas y prácticas que aseguren un apoyo humanizado y eficaz para mujeres en esta delicada situación.

PALABRAS CLAVE: Psicología Hospitalaria; Embarazo de alto riesgo; Apoyo psicológico; Aborto no deseado; Psicólogas residentes.

ABSTRACT: This article addresses the process of psychological support and grief in women who experienced unwanted pregnancy loss due to high-risk pregnancies, from the perspective of five psychologists working in a hospital setting. Through semi-structured interviews, the experiences of these professionals were explored, highlighting the importance of psychological support, the needs of patients, the challenges encountered in the hospital environment, and the role of psychology in the grieving process. The results demonstrate that the work of psychologists is essential for promoting qualified support, assisting in the elaboration of grief in a potentially traumatic context. However, the interviews revealed significant challenges, such as the lack of adequate physical space in hospitals for psychological care, work overload among psychologists, and difficulties in communication with healthcare centers for referrals. Additionally, due to the brevity of mothers' stays in hospitals, the contact with psychologists is immediate and welcoming but limits the continuity of care after discharge. The professionals also highlighted that hospital dynamics often disregard the patients' suffering, making it difficult to create spaces for ethical and humanized listening. Despite these obstacles, psychological work is guided by SUS's principles of Comprehensive Care, ensuring the right to referrals to other network services, such as UBS and CAPS, for continued care. As suggestions for future research, emphasis is placed on analyzing the impact of the hospital environment on psychological support and investigating the grieving process from the perspective of women who experienced pregnancy loss. This study contributes to a broader understanding of the importance of policies and practices that ensure humane and effective support for women in such a delicate situation.

KEYWORDS: Hospital Psychology; High-risk pregnancy; Psychological support; Unwanted abortion; Resident psychologists.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de intensas transformações físicas e psíquicas para a pessoa gestante, pois envolve a elaboração de fantasias, expectativas e afetos em relação ao bebê. Isso significa que, antes mesmo do nascimento, o lugar do recém-nascido já é construído pelos cuidadores (Boas; Braga; Chatelard, 2013). Entretanto, complicações podem ocorrer durante a gravidez. A gestação de alto risco configura-se como uma condição delicada, na qual a

saúde e/ou a vida do feto e/ou da pessoa gestante estão sob risco iminente (Brasil, 2012). No Brasil, aproximadamente 15% das gestações são classificadas como de alto risco, representando cerca de 470 mil gestações anuais (Brasil, 2015). Nessas situações, a interrupção da gestação pode ser necessária, causando um impacto significativo no psicológico da gestante.

Considerando que o aborto resultante de gravidez de alto risco pode ser um evento doloroso e transformador na vida da gestante, este estudo foca na visão de psicólogas que atuam no contexto hospitalar. A perspectiva dessas profissionais é essencial para entender os aspectos abordados pelas mulheres, especialmente no que diz respeito ao acolhimento e ao luto vivido nesse contexto específico.

Neste sentido, cinco aspectos foram analisados em entrevistas semiestruturadas com cinco psicólogas atuantes no contexto hospitalar: o acolhimento hospitalar, a lógica do trabalho hospitalar, o luto atravessado pela culpa, o sofrimento das mulheres que perderam no início e no final da gravidez, e, por fim, as limitações do acolhimento impostas pela dinâmica de trabalho.

É importante ressaltar que ainda há escassez de pesquisas que demonstrem a importância do acolhimento psicológico para mulheres que vivenciam um aborto em decorrência de gravidez de alto risco. A carência bibliográfica sobre o tema está intimamente ligada ao tabu que ainda cerca essa questão, já que a experiência do aborto não desejado é carregada de estigmas e estereótipos. Assim, esta pesquisa destaca a necessidade de uma compreensão mais ampla do aborto, que vá além dos aspectos biológicos. Embora o luto e o acolhimento psicológico sejam temas conhecidos, há uma lacuna na literatura sobre a perspectiva dos profissionais envolvidos. O estudo se diferencia ao analisar as práticas adotadas e as limitações impostas pela dinâmica hospitalar.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi compreender as práticas, desafios e percepções das psicólogas que atuam no contexto hospitalar, oferecendo acolhimento psicológico a mulheres que enfrentam o aborto não desejado decorrente de gravidez de alto risco. A pesquisa visa explorar como essas profissionais auxiliam as gestantes a lidarem com o processo de luto, as barreiras enfrentadas por elas e as dificuldades no acompanhamento psicológico pós-alta hospitalar, destacando a importância do acolhimento e da escuta neste contexto tão delicado e transformador.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As dificuldades enfrentadas em gestações de alto risco impactam diretamente o processo de apropriação psíquica do papel materno, afetando tanto a idealização do bebê quanto a construção da identidade materna. Nesse contexto, é fundamental explorar os aspectos psicológicos e sociais que atravessam de maneira significativa a experiência da gestante. Em seguida, será aprofundada a relação entre esses fatores e o papel do acolhimento psicológico, evidenciando a importância da atuação dos psicólogos no apoio a essas mulheres, ajudando-as a elaborar a sua experiência.

2.1 Aspectos Psicológicos e Sociais na Gravidez de Alto Risco

Visto que a gestação é um período de alterações fisiológicas, econômicas, psicológicas, educacionais e familiares, é frequente a ocorrência de mudanças no bem-estar da mulher, tanto em seu corpo quanto em seu psiquismo (Klein; Guedes, 2008). Além disso, existem mulheres que desenvolvem patologias relacionadas à gestação, vivenciando, portanto, uma gravidez de alto risco (Brasil, 2001). A gravidez de alto risco é caracterizada pela presença de condições sociobiológicas ou doenças maternas que podem comprometer o desenvolvimento da gestação, aumentando o risco para a saúde da mãe e/ou do bebê. Entre essas condições estão o uso de drogas ilícitas, doenças colagenosas como o lúpus, infecção pelo HIV-AIDS, hipertensão arterial, histórico de abortos consecutivos, epilepsia, diabetes, e a idade materna acima de 35 anos ou abaixo de 15 anos (Brasil, 2012).

Em relação aos aspectos sociais e psicológicos associados à gravidez, ambos influenciam a gestante e seu contexto relacional (Piccinini et al., 2008). A gravidez e a maternidade, desde tempos antigos, permanecem sendo socialmente consideradas essenciais na construção da identidade da mulher (Soncini et al., 2019). Embora as mudanças sociais ao longo do tempo tenham gerado novos padrões reprodutivos, ainda subsistem concepções enraizadas na especificidade biológica da mulher e em seu papel tradicional como mãe e responsável pelo lar (Brasil, 2004). Ademais, conforme apontado por Pereira e Canavarro (2008), diferentes teorias têm sido discutidas sobre a gravidez, sendo este período considerado um marco significativo no desenvolvimento da mulher. Esse contexto exige não apenas uma abertura para as múltiplas mudanças e reorganizações inerentes a essa fase, mas também o reconhecimento das demandas psíquicas que emergem, evidenciando a necessidade de suporte adequado para sua elaboração.

Diante do exposto, a gravidez pode ser compreendida como um período crítico para a saúde psicológica da mulher (Guerra et al., 2014). Nesse contexto, observa-se uma elevada incidência de transtornos mentais, como a depressão, durante a gestação (Camacho et al., 2006). A depressão compromete o autocuidado e a adesão ao tratamento, manifestando-se por sintomas como humor deprimido, irregularidade em comportamentos específicos, aumento de outros e irritabilidade (Baptista; Baptista; Torres, 2006).

Conforme Santos (2005), os quadros depressivos têm maior prevalência em mulheres que vivenciam gravidezes de alto risco, devido às necessidades específicas de saúde que acompanham a gestação, que se tornam ainda mais evidentes em situações de risco (Oliveira; Mandu, 2015).

Dessa forma, torna-se essencial garantir às gestantes em condição de alto risco o acesso a recursos qualificados que promovam a integralidade do cuidado e protejam sua saúde física e emocional (Aquino; Souto 2015). Em situações nas quais a vida da mulher está sob grave ameaça, o aborto pode ser a medida mais adequada para preservar sua saúde e integridade (Rosa, 2019).

2.2 A gravidez de alto risco e a importância do acolhimento psicológico

A gravidez é uma experiência multifacetada, que envolve não apenas a constituição do feto, mas também a formação da identidade materna, marcada por uma ambivalência emocional entre alegria, ansiedade e medo do desconhecido (Stern; Stern-Bruschweiler; Freeland, 1999; Ferrari; Piccinini; Lopes, 2007). O processo de idealização do bebê está relacionado à criação de vínculos entre a gestante e o feto, sendo fundamental para a mãe direcionar sua atenção às necessidades do bebê ainda no útero (Brazelton; Cramer, 1992; Lebovici, 1987).

Gestantes de alto risco enfrentam alterações profundas nos processos emocionais e na identidade materna, devido ao risco elevado de complicações (Santos et al., 2012). O acompanhamento psicológico pode ajudar a mitigar os efeitos traumáticos, especialmente diante da ameaça de aborto (Aguiar; Bodanese, 2019). Internações prolongadas, necessárias para preservar a saúde materno-fetal, aumentam a vulnerabilidade a transtornos como depressão e ansiedade (Brandon et al., 2008). A ansiedade em relação à saúde do feto pode dificultar a adesão ao tratamento psicológico (Santos et al., 2012).

Além disso, mitos culturais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental especializados contribuem para a resistência ao apoio psicológico (Aguiar; Bodanese, 2019).

Muitas gestantes ainda priorizam os cuidados físicos e obstétricos, negligenciando o cuidado emocional (Dias et al., 2008). Assim, torna-se essencial a implementação de uma abordagem psicológica integral, que contemple a saúde física e emocional da gestante, promovendo a adesão ao tratamento e melhorando os desfechos materno-infantis.

Após um aborto não desejado, o acompanhamento psicológico é ainda mais crucial para lidar com as implicações emocionais e psicológicas dessa experiência, como a sensação de impotência e as consequências sobre a autoestima (Dias et al., 2008). O acolhimento psicológico, integrado com a equipe médica, é fundamental para garantir o suporte emocional adequado à gestante (Oliveira; Mandu, 2015). Em contextos de gestações de alto risco e abortos, a abordagem deve ser multidisciplinar, abrangendo aspectos obstétricos, clínicos e emocionais (Brasil, 2012). O apoio psicológico deve ser visto como um componente essencial para a saúde mental e emocional da mulher durante e após a gestação de alto risco.

Estudos indicam que o acompanhamento psicológico em gestações de alto risco resulta em desfechos mais favoráveis, promovendo o desenvolvimento saudável da gestação e a redução de complicações psicológicas (Santos et al., 2014). Programas de pré-natal psicológico têm mostrado reduzir a incidência de depressão pós-parto, sugerindo que a abordagem psicológica deve se estender ao pós-parto para promover o bem-estar emocional a longo prazo. Assim, uma abordagem psicológica integral, que contemple tanto os cuidados físicos quanto emocionais, é essencial para garantir uma experiência gestacional equilibrada e prevenir complicações psicológicas em gestações de alto risco (BASLER et al., 2024; Aguiar; Bodanese, 2019).

3 METODOLOGIA

O presente artigo, com o objetivo de compreender a experiência do abortamento não desejado em gestação de alto risco, adotou uma abordagem qualitativa para analisar relatos de profissionais da psicologia que atendem mulheres nesta situação, visando identificar os possíveis sofrimentos psíquicos desencadeados por essa vivência.

A técnica escolhida foi a entrevista semiestruturada, pois, dado que o objetivo era colher informações e depoimentos de profissionais da psicologia, um roteiro rígido de perguntas poderia limitar a coleta de dados, impedindo a exploração de pontos que os entrevistados considerassem relevantes. Foram entrevistadas cinco psicólogas que atuaram ou atuam com mulheres que sofreram abortamento devido a gestação de alto risco. Inicialmente, a coleta de dados ocorreu no Hospital Odilon Behrens, referência em atendimento a pacientes

com gestação de alto risco, responsável por 23% dos partos dessa natureza em Belo Horizonte (dados da Prefeitura de Belo Horizonte). Para ampliar a abrangência e enriquecer as análises, a pesquisa foi expandida para incluir a Maternidade Otaviano Neves. Essa ampliação possibilitou uma comparação mais rica, uma vez que a ambiência hospitalar se revelou um fator essencial na experiência das mulheres atendidas. Em contextos de gestação de alto risco e abortamento, um ambiente acolhedor facilita a construção de uma relação de confiança, fundamental para o trabalho das psicólogas no cuidado emocional das mulheres.

A Análise de Conteúdo foi escolhida como método de análise, conforme Chizzotti (2006), por permitir uma compreensão crítica dos significados explícitos e implícitos nas comunicações, indo além das declarações diretas dos participantes. A partir das entrevistas, cinco categorias centrais foram identificadas: acolhimento hospitalar, a lógica do trabalho hospitalar, o luto atravessado pela culpa, o sofrimento das mulheres que perderam a gestação e a ambiência. Em relação a este último aspecto, temos que:

ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. (Brasil, 2006, p. 5).

Observa-se então que em gestações de alto risco e abortamento, a ambiência hospitalar é essencial, pois um ambiente acolhedor favorece a escuta ativa, o apoio emocional e a construção de confiança, fundamentais para o trabalho das psicólogas no suporte às mulheres nesse momento.

Nº	Pseudônimo	Características
1	Mariana	Residente no Hospital Odilon Behrens
2	Carla	Ex-residente no Hospital Odilon Behrens e psicóloga na maternidade Otaviano Neves
3	Priscila	Ex-residente no Hospital Odilon Behrens e psicóloga na maternidade Otaviano Neves
4	Joana	Psicóloga no Hospital Odilon Behrens
5	Bárbara	Ex-residente no Hospital Odilon Behrens e psicóloga na maternidade Otaviano Neves

Fonte: Dados de pesquisa elaborada pelos autores

4 RESULTADOS

4.1 O Acolhimento Hospitalar

Na categoria de acolhimento hospitalar serão desenvolvidos alguns pontos no que diz respeito à relação da equipe e à ambiência. Isso pois o acolhimento, prática que se caracteriza tanto pelo âmbito relacional quanto institucional, é fundamental para que os cuidados com a saúde do paciente sejam ampliados e aprimorados (Alexandre *et al.*, 2019).

De acordo com Sá (2024), a falta de clareza sobre as funções e responsabilidades de cada profissional, especialmente em áreas emergentes como a psicologia, pode dificultar a colaboração e a comunicação na equipe. Isso se reflete no acolhimento feito pelas psicólogas entrevistadas, como relatado por Joana e Bárbara. Bárbara conta que era frequentemente questionada: “O que você, como psicólogo, está fazendo?” ou “Mas pra que um psicólogo na maternidade? Só neném bonitinho e chorando.” Essas falas evidenciam a falta de compreensão sobre o papel da psicologia no hospital.

Segundo Gazotti e Cury (2019), a atuação do psicólogo em uma equipe multidisciplinar que reconhece a sua presença como um acréscimo de qualidade ao grupo proporciona aos pacientes um atendimento integrado em função do compartilhamento de saberes entre membros da equipe. Porém, mediante as dificuldades citadas anteriormente, fica evidente que, para as psicólogas entrevistadas, esse desafio pode dificultar a prática *psi* no processo de autorização do luto à medida que a predominância de uma cultura biomédica exige que elas constantemente justifiquem a sua importância no hospital. A vista disso, Maria afirma “o nosso papel às vezes é de estar ali autorizando a paciente entrar naquele processo de luto, sabe? É algo que muitas vezes outros profissionais não fazem, então a gente escuta”. Carla relatou que segundo a experiência dela, os demais profissionais da equipe tinham sensibilidade para tratar os casos, mas frequentemente algum profissional fazia o seguinte comentário “não fica triste, daqui a pouco você tem outro” ou no caso da gravidez ser de poucas semanas “foi tão pouco tempo”, e não reconhecem que o vínculo já estava sendo criado, que aquela mulher podia, em alguns casos, já sentir esse bebê.” Esses relatos evidenciam a importância do psicólogo hospitalar na validação do luto e necessidade de fortalecer o diálogo entre a equipe.

Por conseguinte, é evidente que todas elas consideram que o acolhimento deve ser responsabilidade de toda a equipe, mas evidenciam que a escuta do psicólogo é, com certeza, uma escuta diferenciada. Segundo Sebastiani e Maia (2005), o psicólogo tem o papel de

minimizar a angústia e a ansiedade dos pacientes, a partir do favorecimento de um espaço em que possa haver a expressão dos sentimentos e da compreensão da situação vivenciada. De acordo com Priscila, “não tem uma receitinha de bolo, tem algumas coisas que a gente tem que atentar”, e a Mariana afirma que “o nosso papel nesses processos de luto é de estar ali, autorizando-a a entrar naquele processo de luto”. Para a Joana, “quando a gente acolhe, elas começam a fazer o processo de elaboração dessa perda e saem com um nível de angústia menor do que se elas não tivessem sido acolhidas”. Segundo ela, a percepção dessa elaboração ocorre “pela fala, e pela maneira como ela vive no dia seguinte na hospitalização”. Não só isso, como também a Joana afirma que “muitas vezes ela quer só sua presença do lado e não quer falar nada, muitas vezes só de você estar ao lado dela é terapêutico, por ela não estar sozinha.” Dessa maneira, fica evidente que a escuta qualificada e a presença do psicólogo hospitalar vão além da verbalização, oferecendo um suporte que válida a dor e humaniza o processo de luto.

A ambiência vai além do espaço físico, envolvendo o cuidado com o outro, seu respeito e vulnerabilidade. A estrutura dos hospitais é essencial para possibilitar um acolhimento digno e humanizado, especialmente para mulheres que vivenciam abortamento decorrente de gravidez de alto risco, como apontado por Mariana: “não existe um espaço para a psicologia atender.”. Por ora, é evidente a problematização da falta de uma ambiência acolhedora no Odilon Behrens.

Em decorrência da falta desse espaço, Silva *et al.* (2012) diz que comentários inconvenientes, agitação constante e a falta de privacidade do cliente/paciente também são preocupantes. Logo, Bárbara diz que um lugar físico adequado pode evitar situações como essas. Segundo ela “nem sempre você vai atender na beira do leito e o outro profissional de saúde vai respeitar o que você está atendendo. Simplesmente vai entrar no meio do seu atendimento e isso atrapalha, e o paciente se sente até desconfortável”. Então, para Bárbara, seria positivo “saber que não vai ter interrupção, que ninguém vai fazer um comentário desagradável”. Assim, Bárbara conclui: “eu acho que é sempre um facilitador você ter o ambiente bacana para você fazer o atendimento, por exemplo uma sala que você sabe que não vai ter intervenção.” Assim, fica claro o valor de um ambiente acolhedor e uma estrutura humanizada, que deve garantir privacidade, respeito e dignidade ao acolher os indivíduos.

4.2 A comunicação e trabalho hospitalar

Já na lógica do trabalho hospitalar, será abordada a conduta do médico com o paciente, e conseqüentemente, a abordagem linguística desenvolvida por ele. Com o objetivo de problematizar e trazer uma nova perspectiva sobre esse acolhimento, torna-se fundamental abordar a importância da escuta humanizada, o cuidado da fala e a orientação sobre os procedimentos realizados.

Um dos principais problemas existentes na relação entre médico e paciente no atendimento é a utilização da linguagem médica. Isso pois esses profissionais tendem a se pronunciar por meio de termos complexos e difíceis de serem decifrados. Não só isso, como também existem situações em que sequer o diálogo é estabelecido entre essas duas partes. Nesse sentido, segundo Saldanha (2015), existem alguns pontos que são frequentemente citados como fatores que prejudicam o entendimento do paciente sobre sua própria situação.

Um dos pontos de maior dificuldade, no que diz respeito à linguagem médica, se refere à falta de informações que deveriam ser apresentadas aos pacientes; dessa maneira, na maioria das vezes, o médico não é capaz de esclarecer todas as dúvidas desse sujeito (Saldanha, 2015). Esse cenário, por sua vez, encontra-se presente em todos os setores dos hospitais e, inclusive, nas maternidades.

Sob esse ponto de vista, a Carla fala que “no pré-natal de alto risco, às vezes as mulheres não sabem o que significa o alto risco.” Ainda, de acordo com essa mesma entrevistada, a falta de informação em casos de abortamento pode gerar surpresa. Tendo em vista essa questão, a Mariana também se referiu à linguagem médica como uma prática importante para uma mulher que vive um abortamento decorrente de gravidez de alto risco. Além disso, ela cita que o respeito é essencial, já que “aquela gestação ocupava um lugar na vida daquela pessoa”.

A Priscila, de uma forma semelhante, também referiu-se a essa questão e, ainda, relembra duas situações que experienciou: na primeira, ela diz que uma profissional se dirigiu à família de uma maneira insensibilizada e retrata “vocês vão ter que ir para uma maternidade agora porque seu bebê morreu”. Já no segundo exemplo, ela recorda que teve uma paciente que a questionou sobre como o bebê sairia de sua barriga, pois em uma das aulas que a paciente assistiu, “falavam que os alunos usavam instrumentos que picavam o bebê dentro do útero” e, de acordo com ela, “nem todo mundo é obrigado a saber como é o processo de indução”.

Por fim, ao retomar o fato de que a comunicação efetiva nem sempre é estabelecida e, quando ocorre pode ser complexa e confusa, reconhece-se que é imprescindível que esse diálogo seja efetivado, e, não só isso, como esse exercício deve considerar a precisão, efetividade e clareza, a fim de que esse cuidado não seja praticado de uma maneira inadequada.

4.3 O luto atravessado pela culpa

Outra questão relevante, apontada pelas profissionais entrevistadas, refere-se à culpabilização materna, destacada como uma reação recorrente entre as mães enlutadas. É possível identificar estes afetos fazem referência à fala das mães em situação de abortamento não desejado que foi pontuada por Mariana: “Ah, por quê que isso aconteceu? Foi alguma coisa que eu fiz? Aí, nossa, ontem eu carreguei um saco com verduras, será que pode ter sido isso?”. Tendo em vista esta reação de culpa, o objetivo será compreender quais as possíveis motivações e implicações dessa tentativa de auto responsabilização pelo filho perdido no abortamento.

Esteves, Anton e Piccinini (2011) destacam que o fenômeno conhecido como preocupação materna primária desempenha um papel fundamental durante a gestação. Esse processo envolve mudanças no psiquismo da mãe, muitas vezes exigindo uma forte identificação narcísica entre ambos. A partir dessa relação desenvolvida ao longo dos meses gestacionais, a vivência do abortamento pelas mães pode ser permeada pela sensação de não alcançarem a maternidade ideal, resultando em um distanciamento da ideia de fatalidade e aproximando-se de uma percepção que responsabiliza os próprios atos maternos. Como exemplo, Carla e Bárbara afirmam que “isso faz com que ela reatualize outras questões da vida dela, outras vivências, de não se sentir aceita, de não sentir boa o suficiente para ser qualquer coisa e acabou entrando nessa perda”.

Em relação ao luto, Freud (1917 [1915]) afirma que é uma reação à perda de um ente querido, podendo se manifestar de diversas formas como através da perda - temporária - do interesse pelo mundo externo e do desânimo, é uma reação típica e sem necessidade de intervenção. É importante ressaltar que nem sempre o luto está presente, em alguns casos, este sentimento dá espaço a outras formas de vivenciar as situações de perda, como é o caso da melancolia - uma espécie de luto patológico.

Frente às considerações sobre o narcisismo materno, pode-se considerar que o abortamento não desejado pode produzir angústias nestas mães, sendo o conceito admitido

como um sofrimento mais relacionado à uma decepção do que a perda do seu objeto de amor (Besset, 2007).

Dentre outros aspectos, a obrigatoriedade da maternidade nos tempos atuais pode ser sentida como uma forma de ocupar um espaço social enquanto mulher. Conforme apontam Damaceno, Marciano e Menezes (2021), apesar dos avanços sociais das mulheres, a maternidade permanece sendo considerada fundamental para a condição feminina. Por isso, é preciso atentar-se para que o olhar da psicóloga não seja contaminado pelo pressuposto social de que todas as mulheres em situação de abortamento não desejado estarão em sofrimento. Dessa maneira, Priscila relata que “às vezes aquela gravidez não foi planejada assim e, às vezes, pra ela não foi tanto o choque que a gente espera.”

Diante essa perspectiva, alguns questionamentos podem surgir, como o apontado por Mariana “nossa, no começo eu não queria, mas depois eu queria muito”. Essas formas de indagação, por sua vez, são lembradas quando o abortamento está em processo, há uma tentativa de auto responsabilização pela morte/aborto do bebê.

Freud, em “Totem e Tabu” (1913 [1912-13]), traz alguns aspectos sobre o luto em sociedades primitivas e sua relação com os neuróticos. O psicanalista afirma que as autoacusações derivam da ambivalência presente no psiquismo humano: ao mesmo tempo que o bebê é desejado, ele também não é. Ao tratarmos sobre a maternidade compulsória este conflito fica ainda mais evidente: há uma carga que direciona a mulher a ocupar um lugar social de mãe, contudo há também a incerteza diante das circunstâncias da realidade e do desejo. Estes sentimentos podem ser percebidos em falas que carregam alívio como os exemplos trazidos por Joana: “graças a Deus que eu abortei”, “pôr um filho na minha vida agora não ia ser bom” e/ou “estou passando por tal e tal dificuldade e ele ia sofrer”. Em alguns casos, a hostilidade pode emergir em alívio e em outras a culpa barra este sentimento.

Verifica-se uma consonância em relação à literatura, os sentimentos de culpa que emergem no processo de luto foram abordados por alguns autores. Entretanto, por meio dos dados coletados não há a possibilidade de realizar possíveis inferências sobre a existência ou não dos sentimentos hostis, que resultam em culpa, em todas ou grande parte das gestantes que sofrem abortamento não desejado. Neste momento, o que nos é acessível está na realidade que exige a maternidade como uma norma, Joana assinala que “muitas mulheres engravidam pelo ‘ter que ser mãe’, e não pelo desejo genuíno de ser mãe. Então perder esse filho é uma forma de perder um espaço na sociedade daquele meio que ela vive”. Afirma-se então, que esta circunstância pode acarretar em ambivalências afetivas devido a não concretização da suposta única potencialidade das mulheres: o ato de gerar.

4.4 O sofrimento das mulheres que perderam no início e no final da gravidez

Nesta categoria, propomos relacionar a experiência de mulheres que vivenciaram o aborto no início da gestação e aquelas passaram pela perda já no fim da gravidez, isto é, que sofreram um decesso. Compreende-se como aborto a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana, com o produto da concepção pesando menos de 500g, sendo este eliminado no processo de abortamento (Brasil, 2012). Enquanto, o decesso fetal corresponde à morte do feto com mais de 500g e/ou 22 semanas de gestação. Nessa sessão, ainda iremos comparar os casos de aborto recorrente sequenciado e não sequenciado. Dessa maneira, ao apresentarmos todas estas variáveis pretendemos compreender como tais fatores influenciam a elaboração do luto frente à experiência de abortamento não desejado.

A personificação do bebê, após ser imaginado enquanto ainda era feto, tem seu correlato no real à medida que passa pela construção de um espaço físico (nome, quarto, enxoval, transformações corporais), assim, conforme a gravidez avança, maiores são as expectativas da mãe direcionadas à criança (Ferrari; Piccinini; Lopes, 2007). Por este e outros aspectos, para Joana quando a perda acontece nos últimos estágios da gestação, lê-se segundo e terceiro trimestres, o enlutamento configura-se de modo mais complexo: “Eu considero assim, que os casos de decesso fetal, aqueles depois das vinte semanas, muito mais sofridos para a mulher do que na fase inicial. Porque ela já teve quatro meses para criar sonhos, fazer projetos, montar um enxovalzinho do bebê, fazer o chá de bebê... então ela já tem uma vinculação psíquica maior com esse bebê.” A profissional ainda acrescenta que em certos casos “toda a parte burocrática de ir no cartório, fazer certidão, fazer o sepultamento do bebê, torna tudo ainda mais sofrido.”

Entretanto, a psicóloga também afirma que há experiências onde a perda no início da gravidez é de difícil elaboração: “Quando a perda é na fase inicial, geralmente é de forma mais tranquila, a não ser que haja uma expectativa da mulher em relação a esse bebê, e esse bebê não vem”. Com isso, partindo do pressuposto que há uma mãe desejante ainda que no início da gravidez, a perda se apresentará como um acontecimento angustiante para esta mulher. Isso porque, para a mãe, a construção do vínculo com o filho sonhado precede sua chegada e é deste material que emerge o elo com a criança (Muza et al., 2013).

4.5 Limitações no acolhimento que a própria dinâmica do trabalho impõe

Por fim, nesta categoria, serão analisadas as limitações e desafios que a própria dinâmica do trabalho impõe sobre os psicólogos e como estes interferem negativamente no acolhimento e ajuda a mulheres em situação de vulnerabilidade. Antes, é necessário ressaltar que as críticas e pontuações que serão analisadas aqui, acerca do hospital Odilon Behrens e dos centros de saúde apareceram em todas as entrevistas feitas, o que reforça a relevância dessa categoria.

Nas entrevistas, as psicólogas destacaram limitações do sistema, como a ausência de profissionais de psicologia em determinados horários, o tempo reduzido para atendimentos e encaminhamentos, e a alta demanda sem suporte suficiente.

O acompanhamento de um psicólogo se torna indispensável no auxílio e suporte a essas mulheres que passaram pelo processo de aborto não desejado, decorrente de uma gravidez de alto risco (Gomes *et al.*, 2014). Entretanto, de acordo com uma das psicólogas entrevistadas, existe um espaço de tempo durante o dia em que não se encontra um psicólogo em atuação. Segundo Mariana, “o serviço de psicologia, só tem durante a semana e só tem no período do dia, assim, a noite e de madrugada não tem esse processo, assim, não tem esse processo, esse atendimento.”. Desse modo, em boa parte do tempo os pacientes que chegam ao hospital não são assistidos por um psicólogo. Existe, portanto, um déficit de psicólogos que atuam no hospital e na rede, o que faz com que muitos pacientes fiquem sem assistência psicológica e, indiretamente, sobrecarregue os profissionais em atuação (Gomes *et al.*, 2014).

Outro ponto ressaltado por uma das psicólogas entrevistadas se refere a limitação de tempo para atendimento e encaminhamento no hospital Odilon Behrens. Isso porque as pacientes permanecem entre 24 a 48 horas, o que torna o período relativamente curto para realizar alguma intervenção, analisar o caso e encaminhar para algum centro de saúde. Visto isso, Raquel afirma que “a intervenção é brevíssima, às vezes é uma conversa de 5 minutos”.

A respeito dos centros de saúde, observou-se uma alta demanda de pacientes que precisam de acompanhamento psicológico e uma dificuldade em conseguir atendê-los. Este problema apareceu de duas formas nas falas das entrevistadas: a dificuldade de comunicação com o centro de saúde (encaminhamento) e o desafio de continuar o acompanhamento.

A alta demanda por atendimento psicológico nos centros de saúde se reflete, também, na dificuldade de comunicação entre o hospital e a rede. Durante a entrevista, Joana relatou um caso em que passou dificuldades para encaminhar uma paciente que passou por um processo de aborto, chegando a discutir com a enfermeira do centro de saúde. Joana ainda

relata, que “o Centro de Saúde tem disso, eles atendem os casos de moderado a grave, de um transtorno psiquiátrico oriundo do CERSAM. Então assim, conseguir encaminhar nem sempre é fácil, e nem sempre o acompanhamento é feito de modo adequado”, diante da alta demanda por atendimento.

Além disso, há o desafio em continuar o acompanhamento dos pacientes, uma vez que, o psicólogo tem um grande número de pacientes sobre seus cuidados e dispõem de pouco tempo para atendê-los (Gomes *et al.*, 2014). Uma das psicólogas, que atua em centros de saúde, relatou que “é uma coisa muito angustiante porque deve ter umas 200 pessoas nos centros de saúde. Você tenta priorizar quem tá mais grave, fazendo um acompanhamento mais próximo e quem não tá tão grave assim a gente atende uma vez no mês e, se a pessoa começar a melhorar, já coloca uma vez a cada 2 meses”. Para que um tratamento bem-sucedido ocorra é necessário um tempo prolongado com maior frequência de sessões, mas essa prática se torna inviável devido às circunstâncias em que a psicóloga se encontra no centro de saúde.

Percebe-se, portanto, um déficit de profissionais nos hospitais e centros de saúde, evidenciado pela ausência de psicólogos em determinados dias e horários, e pela falta de continuidade no tratamento nos centros de saúde. Também foram apontados problemas relacionados ao curto tempo para intervenções e às dificuldades de comunicação entre o hospital e os centros de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados sobre o período gestacional e das pesquisas existentes permitiu delinear objetivos para orientar este estudo. Alguns foram confirmados com base na metodologia adotada, enquanto outros podem inspirar pesquisas futuras. No entanto, limitações como a restrição na coleta de dados e a dificuldade de explorar a experiência do luto, devido ao breve acolhimento hospitalar, devem ser consideradas.

Este estudo destacou a importância do apoio psicológico em situações de aborto decorrente de gravidez de alto risco, explorando a atuação das psicólogas no atendimento a mães que vivenciaram essa experiência. Verificou-se que a qualidade do acolhimento hospitalar é essencial para auxiliar na elaboração dessas vivências, especialmente em um ambiente que, muitas vezes, dificulta a elaboração do sofrimento. Contudo, devido à curta permanência das mães no hospital, o contato com as psicólogas tende a ser imediato e pontual, impossibilitando o acompanhamento do luto no pós-alta.

Os relatos das profissionais indicaram que o trabalho psicológico é frequentemente atravessado por uma lógica institucional que minimiza o sofrimento e se angustia com processos naturais, como o luto. Essa desconexão entre as demandas emocionais das mães e a estrutura hospitalar limita a profundidade do acolhimento oferecido. Assim, as psicólogas acabam desempenhando o papel de mediadoras entre os afetos da equipe e das pacientes, na tentativa de garantir um espaço de escuta acolhedor e ético.

Apesar das limitações impostas pelo ambiente hospitalar, o trabalho das psicólogas entrevistadas é orientado pelo princípio da Integralidade do SUS, garantindo às mães o direito a encaminhamentos para atendimentos psicológicos contínuos, seja em UBSs (Unidades Básicas de Saúde) ou CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

A relação entre psicólogos e equipe hospitalar não foi amplamente aprofundada nos relatos, mas todas as entrevistadas destacaram que a ambiência inadequada é um fator que dificulta a elaboração do luto. No Hospital Odilon Behrens, por exemplo, a estrutura física foi considerada inadequada para acolher mães em processo de perda, evidenciando a necessidade de melhorias no ambiente e na integração das equipes de saúde.

Sugere-se, para pesquisas futuras, uma análise do acolhimento psicológico sob a ótica das próprias mulheres que vivenciaram o abortamento não desejado. Isso permitiria uma compreensão mais direta dos impactos emocionais do suporte recebido e sua relação com a superação do luto.

Por fim, as dificuldades enfrentadas pelas psicólogas também devem ser consideradas. A falta de estrutura adequada – como espaços apropriados, mobiliário e integração entre os profissionais de saúde – impacta negativamente o atendimento. Esse estudo ressalta que tais limitações não afetam apenas os profissionais, mas comprometem o cuidado oferecido às pacientes, reforçando a importância de intervenções institucionais. Além disso, seria pertinente investigar como a ambiência hospitalar influencia a qualidade do acolhimento psicológico, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre o tema.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Helena; BODANESE, Paloma. Atendimento psicológico durante o pré-natal de risco: ameaça de aborto e hospitalização prolongada. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 116-132, jun. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200010>. Acesso em: 10 dez 2020.

ALEXANDRE, Vinícius et al. O Acolhimento como Postura na Percepção de Psicólogos Hospitalares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 39, p. 1-14, dez. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003188484>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

AQUINO, Pamela; SOUTO, Bernardino. High risk gestational problems common in primary care. *Revista Médica de Minas Gerais*, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 568-576, jan. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150124>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

BAPTISTA, Makilim; BAPTISTA, Adriana; TORRES, Erika. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 39-48, jun. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2020.

BASLER, Taritza; PORTINHO, Daiane Formolo; VIEGAS, Gabriela Vaz da Rosa; STEIN, Luciana Leticia; DONELLI, Tagma Marina Schneider. A atuação do psicólogo na gestação de alto risco: uma revisão integrativa. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 24, jan./dez. 2024. Epub 02 dez. 2024. DOI 10.12957/epp.2024.67465. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2024.67465>. Acesso em: 26 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Hospital Metropolitano Odilon Behrens. Belo Horizonte, [s.n.]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/hospital-metropolitano-odilon-behrens>.

BESSET, Vera Lopes. Luto e angústia: questões em torno do objeto. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 185-192, nov. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-03582007000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 abr. 2021.

BOAS, Laís; BRAGA, Maria Carolina CHATELARD, Daniela. Escuta psicanalítica de gestantes no contexto ambulatorial: uma experiência em grupos de fala. *Psico*, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 8-15, dez. 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8623>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAZELTON, Thomas; CRAMER, Bertrand. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRANDON, Anna et al. Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal of Clinical Psychiatry*, [S. l.], v. 69, n. 4, p. 635-643, abr. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680504/>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: Manual técnico*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégica. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

CAMACHO, Renata et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry, São Paulo*, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 8ª edição. São Paulo: Cortez, 2006.

DAMACENO, Nara; MARCIANO, Rafaela; MENEZES, Nayara. As Representações Sociais da Maternidade e o Mito do Amor Materno. *Perspectivas em Psicologia, Uberlândia*, v. 25, n. 1, p. 199-224, jan/jun. 2021. Disponível em: <<https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/56484>>. Acesso em: 5 de ago. de 2021.

DIAS, Michelle et al. Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 24, n. 12, p. 2787-2797, dez. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200007>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ESTEVES, Carolina; ANTON, Márcia; PICCININI, Cesar Augusto. Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica, Rio de Janeiro*, v. 23, n. 2, p. 75-99, nov. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2021.

FERRARI, Andrea; PICCININI, Cesar; LOPES, Rita. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 12, n. 2, p. 305-313, ago. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200011>>. Acesso em: 15 jun. 2021..

FREUD, Sigmund. *Luto e Melancolia (1917 [1915])*. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 14, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 243-266.

FREUD, Sigmund. *Totem e Tabu (1913 [1912-13])*. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 13, Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 11-169.

GAZOTTI, Thaís; CURY, Vera. Vivências de Psicólogos como Integrantes de Equipes Multidisciplinares em Hospital. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 772-786, set. 2019. Disponível em: [Vivências de Psicólogos como Integrantes de Equipes Multidisciplinares em Hospital](#). Acessos em: 27 de janeiro 2025.

GOMES, Nadirlene et al. Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na estratégia de saúde da família. *Psicologia Usp*, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 63-69, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642014000100007>. Acesso em: 20 ago. 2021.

GUERRA, Maria João et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, v. 12, n. 1, p. 117-124, abr. 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/18436>. Acesso em: 04 out. 2020.

KLEIN, Michele; GUEDES, Carla. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000400016>. Acesso em: 14 mar. 2021.

LEBOVICI, Serge. *A mãe, o bebê e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MUZA, Júlia et al. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v.15, n.3, p. 34-48, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003"& HYPERLINK "http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003"pid=S1516-36872013000300003#back>. Acesso em: 19 mai. 2021.

OLIVEIRA, Daniela; MANDU. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93-101, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>. Acesso em: 18 mai. 2021.

PEREIRA, Marco; CANAVARRO, Maria Cristina. Adaptação à Gravidez e ao Nascimento de um Filho de Mulheres Infectadas pelo VIH/SIDA. *Psychologica*, 2008. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/20685>. Acesso em: 20 out. 2020.

ROSA, Cristiano. Principais questões sobre Aborto Legal. IN: *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*. [S. l.], jan. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-aborto-legal/>.

SÁ, João. (2024). A Psicologia Hospitalar e o Trabalho juntamente com a Equipe Multidisciplinar. *Revista CEDIGMA*, 1(1), 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.13988602>. Acesso em: 24 de janeiro de 2025.

SALDANHA, Flávia. Comunicação entre médico e paciente: quais são os principais problemas. IN: *IClinic*, 2015. Disponível em: <https://blog.iclinic.com.br/problemas-de-comunicacao-entre-medico-e-paciente/>. Acesso em: 08 de abril de 2021.

SANTOS, Débora. Supremo decide por 8 a 2 que aborto de feto sem cérebro não é crime. G1: Brasília, 12 abr. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/supremo-decide-por-8-2-que-aborto-de-feto-sem-cerebro-nao-e-crime.html#:~:text=Ap%C3%B3s%20dois%20dias%20de%20debate,de%20anencefalia%20n%C3%A3o%20%C3%A9%20crime>>. Acesso em: 14 mar. 2024.

SEBASTIANI, Ricardo; MAIA, Eulália Maria. Contribuições da Psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 20, p. 50-55, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>. Acesso em: 10 nov. 2020.

SILVA, Fernanda et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 719-727, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400011>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SANTOS, Débora. Maternidade ameaçada: Vivências psíquicas em gestantes de risco, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/15788>. Acesso em: 03 nov. 2020.

SONCINI, Natália Ceconello et al. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. *Psicologia, saúde & doenças*, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 122-136, mar. 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.15309/19psd200110>. Acesso em: 14 mar. 2024.

STERN, Daniel. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STERN, Daniel; BRUSCHMEILER-STERN, Nadia; FREELAND, Alison. *El nacimiento de una madre*. Espanha: Paidós, 1999.