REFLEXÕES ACERCA DE UMA GRAVIDEZ INTERROMPIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Reflections of a stopped about pregnancy: a experience report.

ZAPPAROLI, Liliane Genain
Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP) – Faculdade Jaguariúna (FAJ).

DUARTE, Cláudia Aparecida Marchetti
Faculdade Jaguariúna (FAJ).

SANTOS, Laise Potério
Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP).

SANTOS, Mariana Gonçales Gerzeli
Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante (SAPPE/UNICAMP).

Resumo: O período gestacional é um marco significativo na vida da mulher e de seus familiares, com significados próprios e únicos. A perda de um bebê durante este período é uma experiência vivenciada de forma individualizada e única, envolvendo não somente a perda física, presencial, mas a perda dos sonhos, planos e ideais. O presente trabalho teve como objetivo compreender através de um relato de caso algumas das reações emocionais vivenciadas por uma mulher gestante após diagnóstico de uma anomalia fetal letal. Os atendimentos psicológicos foram realizados por uma psicóloga aprimoranda em um hospital público universitário do interior do Estado de São Paulo, referência na assistência à saúde maternoinfantil. Observou-se durante os atendimentos realizados que a possibilidade de expressar o sofrimento por meio de palavras e ações em um ambiente acolhedor torna possível que este momento sofrido seja suportável e em seu tempo adequadamente elaborado.
Palavras-chave: Reações emocionais**,** gestação, psicologia.

Abstract: The gestation period is a significant milestone in the lives of women and their families, with their own unique meanings. The loss of a baby during this period is a lived experience individualized and unique, involving not only the physical loss, the presence, but the loss of dreams, plans and ideals. This study aimed to understand through a case of some of the emotional reactions experienced by a pregnant woman after diagnosis of a lethal fetal anomaly. The psychological services were conducted by a psychologist in a improving student program at a public university hospital in the state of São Paulo, a reference assistance to maternal and child health. It was observed during the visits made that the possibility of expressing grief through words and actions in a welcoming environment makes it possible for this moment suffering is bearable and your time properly prepared.
Key-words: Emotional reactions, pregnancy, psychology

ISSN 1679-8902

INTRODUÇÃO

Cada gestação é vivenciada dentro de um contexto singular permeado por significados próprios e únicos, marcado por ansiedades específicas, grande vulnerabilidade emocional, regressão e sentimentos ambivalentes que não devem ser negligenciados (SZEJER e STEWART, 1997; ANTUNES e PALTROCÍNIO, 2007; MALDONADO, 1985; BORTOLETTI, 2007).

Atualmente, graças ao avanço médico e tecnológico é possível já no período pré-natal a realização de exames diagnósticos, que além de permitirem um contato mais real com o bebê detectam ainda dentro do útero materno determinadas anomalias e intercorrências relacionadas à saúde do feto.

Tal avanço tecnológico permite o incremento das fantasias maternas e paternas a respeito do filho. Isso pode ser vivenciado pelo casal de forma positiva e também antecipar frustrações frente ao bebê saudável imaginado até o momento (ANTUNES e PALTROCÍNIO, 2007; BENUTE et al, 2006).

Quando se trata de um diagnóstico de anomalia fetal, a realidade traz a finalização de um sonho e altera o fluxo natural da gestação, podendo gerar fantasias de incapacidade, morte e destruição, causando ameaça em toda a dinâmica familiar, que passa a vivenciar intensas emoções, às vezes nunca antes sentidas (ANTUNES e PALTROCÍNIO, 2007; BORTOLETTI, SILVA e TIRADO, 2007; BENUTE et al, 2006; CARVALHO et al, 2007; CHIATTONE, 2007).

Dentre as patologias ligadas às anomalias fetais o Retardo de Crescimento Intra Uterino (RCIU) é uma das causas ligadas à mortalidade perinatal. O RCIU é diagnosticado quando o feto não atinge seu potencial geneticamente predeterminado em termos de crescimento, podendo a gestação ser interrompida quando a existência de alterações nos parâmetros que averiguam a vitalidade do feto (WHITTLE, 2005).

Sendo assim, buscou-se com esse trabalho relatar e refletir sobre algumas reações emocionais vivenciadas por uma mulher frente à perda de um filho decorrente de uma interrupção legal da gestação, visando o aprimoramento e uma maior humanização dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde que atuam na área.

ISSN 1679-8902

METODOLOGIA

O relato que segue ocorreu em um hospital público universitário, localizado no interior do estado de São Paulo, referência regional terciária e quaternária na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. Os atendimentos psicológicos foram realizados no ano de 2010 por uma das psicólogas contratadas do hospital, que na época realizava aprimoramento profissional em Saúde Reprodutiva da Mulher e Psicologia Hospitalar. O curso de aprimoramento teve duração de um ano, com carga horária de 1.920 horas, voltadas para atividades teóricas e práticas na instituição. Foram realizados dezenove atendimentos psicológicos durante o período de internação da paciente e um atendimento durante a consulta de revisão pós-parto.

Paciente com 32 anos, casada, residente em uma cidade do interior do estado de São Paulo, encontrava-se com vinte e oito semanas de idade gestacional, quando o feto foi diagnosticado com um Retardo de Crescimento Intra Uterino grave, sem prognóstico de sobrevida pós-natal. Era hipertensa, não possuía filhos vivos, pois sofreu dois abortos espontâneos anteriores, ambos no primeiro trimestre da gestação.

Os atendimentos psicológicos foram realizados individualmente, houve, porém a necessidade de se realizar um atendimento com o marido, mãe e pai da paciente.

Devido às especificidades do ambiente hospitalar e do momento vivenciado pela paciente, realizou-se psicoterapia psicodinâmica breve, que permite foco no objetivo do tratamento centrado na definição prévia do tempo (YOSHIDA e ENÉAS, 2004). Os atendimentos foram discutidos em supervisões realizadas no próprio hospital pelas psicólogas responsáveis pelo serviço de psicologia da instituição.

RESULTADOS

Durante o atendimento psicológico, a paciente relatou que a gestação foi planejada e bastante desejada pelo casal. Realizou inicialmente o acompanhamento pré-natal no posto de saúde em sua cidade de origem, mas

ISSN 1679-8902

foi encaminhada ao hospital devido à necessidade de acompanhamento especializado pela complexidade do diagnóstico fetal.

Após avaliação rigorosa, a equipe médica sugeriu a interrupção da gestação, em função da ausência de prognóstico do feto e das intercorrências gestacionais apresentadas pela paciente. No Brasil a interrupção legal da gestação é autorizada somente nos casos de anencefalia, no caso de gravidez decorrente de violência sexual e/ou em que a vida da gestante está em risco.

A princípio a paciente, o marido e familiares, não concordaram em interromper a gestação, porém devido ao seu quadro hipertensivo a necessidade de permanecer internada foi inevitável.

Para alguns autores, aceitar ou não a interrupção de uma gestação é uma decisão difícil, uma vez que a consequência é a perda de um bebê que já faz parte da família, com o qual já se tem uma ligação afetiva (SOUZA e PEREIRA, 2009).

Nos atendimentos psicológicos seguintes, a paciente relatou suas expectativas em relação à maternidade e as frustrações ocorridas anteriormente em função das perdas gestacionais sofridas.

Contou que havia sido abordada por uma cigana, semanas antes de ter recebido o diagnóstico e relatou que estava sentindo medo, pois acreditava ter sido amaldiçoada por lhe ter negado dinheiro. Diante desta fala pode-se observar um sentimento de culpa, que acaba ocorrendo com frequência na vivência do luto. A pessoa em desespero normalmente busca uma resposta para o ocorrido, neste caso algo em suas atitudes que possam ter desencadeado a anomalia (BORTOLETTI, SILVA e TIRADO, 2007).

Em alguns atendimentos, tranquilidade e fé também foram observadas nos relatos confiantes e esperançosos, juntamente com questionamentos e dúvidas sobre a necessidade de internação e procedimentos médicos.

Apresentava dificuldade para compreender os esclarecimentos e esquecia com frequência às orientações e explicações fornecidas, queixando-se da falta destas.

Frente a difícil realidade pela qual passava e ao luto que estava vivenciando pela perda do filho idealizado, podemos observar em tais comportamentos a evidência da negação, um mecanismo de defesa que é visto

ISSN 1679-8902

como uma forma saudável de se lidar com notícias inesperadas e situações chocantes, como a morte (KÜBLER-ROSS, 2008).

Quando se permitia deparar-se com a inviabilidade fetal, apresentava-se por vezes introspectiva e deprimida. Passava alguns momentos durante o atendimento quieta, chorosa, com olhar distante e expressão facial de tristeza.

Segundo Bortoletti, Silva e Tirado (2007) é importante nestes momentos permeados por intensa angústia e dúvidas, que o psicólogo auxilie a paciente a refletir sobre os seus sentimentos, para que se tome uma decisão baseada na realidade, especialmente neste caso, em que há dúvida com relação à interrupção ou não de uma gestação

O medo da própria morte e da perda do filho permaneceu presente na maioria dos atendimentos. A impossibilidade de ter um filho que fora tão desejado, além de ser uma ocorrência catastrófica, é uma frustração dos desejos e fantasias maternas, podendo ser vivenciado enquanto uma ausência, que remete a ideia de morte (CARVALHO e MEYER, 2007). Os comportamentos de regressão, comuns em todas as gestações, possibilitam uma identificação da gestante com o feto, o que acaba nesses casos fazendo com que ela se sinta em risco, assim como ele (BORTOLETTI, SILVA e TIRADO, 2007).

De forma gradativa, a paciente trouxe em seus relatos questionamentos em relação aos benefícios que a interrupção traria, referindo-se a sua saúde física e relatou sobre a dor que sentia ao pensar em se separar do filho. Sabe-se hoje que a perda de um filho intra-útero pode ser tão dolorosa quanto à perda de um filho ao nascimento ou a de um ente querido (QUAYLE, 1997).

Com dificuldade, trouxe a possibilidade de o feto não sobreviver, conforme se observou na fala: “o pior é eu ficar aqui à toa”, fazendo referência também às dificuldades vivenciadas durante o período de internação, como a saudade da família, da casa e das rotinas diárias.

As internações sucessivas e muitas vezes prolongadas, recorrentes de uma gestação de alto risco promovem o cuidado físico, mas alteram o equilíbrio pessoal e as inter-relações familiares. A internação em enfermaria obstétrica também pode despertar sentimentos de fracasso e frustração, devido ao contato com gestações que tiveram sucesso (BENUTE et al, 2006).

ISSN 1679-8902

Após algumas semanas, por complicações na patologia gestacional apresentada, realizaram-se duas reuniões entre a equipe médica, os familiares e a paciente, para que todos pudessem tomar consciência da severidade do caso e com isso recebessem as orientações necessárias em relação aos riscos que a paciente corria ao optar pela não interrupção da gestação.

Frente à falta de prognósticos e conscientes dos riscos apresentados, a família optou pela interrupção e ofereceu apoio constante a paciente, o que a deixou mais segura para tomar sua decisão. Com grande sofrimento frente a mais uma perda que sofreria, o paciente aceitou a conduta médica, contudo ainda apresentava sentimentos ambivalentes como se observou em sua fala, horas depois de ter tomado sua decisão: “gostaria de continuar com o bebê na barriga para sempre”.

A partir desde momento começaram a surgir nos atendimentos psicológicos realizados ainda na Unidade de Internação, questões como o medo exacerbado do parto, da exposição do próprio corpo, o medo da morte e o desejo de acabar logo com o sofrimento que já havia se perpetuado demasiadamente.

Para Bortoletti (2007), o parto por se tratar de um momento incerto intensifica a ansiedade, gera ambivalência de sentimentos e medo frequente da morte que no geral ocorre de forma inconsciente.

Após o parto normal induzido com o auxilio de medicações, o paciente teve a oportunidade de ver o seu filho, em um primeiro momento sozinha e posteriormente com a presença do marido e da psicóloga. Muito emocionada tocou e acariciou o bebê, falou sobre seus sentimentos e sofrimento frente à morte e se despediu.

Promover condições para que conheça o filho, vele seu corpo, faça o funeral e guarde alguma recordação, é um meio de confirmar que o bebê de fato existiu (CHIATTONE, 2007).

A possibilidade deste momento é de extrema importância para a mãe e deve ser estimulado pelos profissionais de saúde. Tais atitudes auxiliam no processo de luto, sendo instrumentos de alívio que facilitam a adequada elaboração e exteriorização da dor, evitando a patologização (CHIATTONE, 2007; CARVALHO et al, 2007).

ISSN 1679-8902

No dia seguinte ao parto, verbalizou estar sentindo um vazio na barriga que não estava sendo preenchido pelos alimentos que ingeria, relatou: “ficou o espaço que era do bebê”. Diante de uma significativa perda, como é a perda de um filho, a mulher vivencia um sentimento de lhe ter sido arrancada uma parte valiosa de si mesma, onde a sensação de vazio concretiza a perda real do objeto amado (QUAYLE, 1997).

Além da solidão que estava sentindo, relatou sobre a tristeza que sentiria quando voltasse para a casa sem o filho e chorou todas as vezes que se lembrou dos objetos do bebê que estavam guardados. Alguns sentimentos e emoções são esperados frente à dura situação da perda e podem ser minimizados pela equipe de saúde, quando esta auxilia a mãe a refletir sobre a dificuldade em voltar para a casa e desmanchar os objetos guardados.

O período que segue após a morte de um filho é vivenciado por intensa tristeza, ansiedade, apatia e irritabilidade, sendo também frequentes os sentimentos de culpa e de fracasso podendo proporcionar vários problemas de saúde mental, devido ao intenso estresse causado pelo evento, o que justifica a necessidade de acompanhamento especializado (CHIATTONE, 2007).

A paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte ao parto e voltou para a casa com a consulta de revisão pós-parto agendada.

Dois meses depois, acompanhada pelo marido, retornou ao hospital para a consulta, quando também foi realizado atendimento psicológico.

Neste atendimento apesar de triste, o paciente verbalizou com mais facilidade sobre a perda do filho. Falou das lembranças que possuía do período gestacional e disse não se esquecer do rostinho do bebê. Sabe-se que estas lembranças e o sofrimento vivenciado permaneceram presentes ainda por algum tempo, uma vez que a perda de um filho é um drama e produz uma dor intolerável de difícil e lenta recuperação (CARVALHO e MEYER, 2007).

Emocionada falou sobre a dificuldade em retornar ao hospital, sentindo um grande aperto no peito, devido às lembranças despertadas pelo local que passou internada e o intenso sofrimento vivenciado. Além das lembranças, à volta para o hospital traz o possível contato com mulheres que participaram com ela das consultas de pré-natal ou do momento da internação enquanto gestantes e que hoje estão com seus bebês no colo. Neste momento é comum

ISSN 1679-8902

que ocorra um isolamento pela impossibilidade de trocar experiências com outras mães (BORTOLETTI, SILVA e TIRADO, 2007).

Já no final do atendimento, relatou sobre o grande desejo de ser mãe, tendo encontrado na adoção uma saída para a concretização de seu sonho. Verbalizou ter dado entrada junto ao marido ao processo de adoção, sem perderem a esperança de um dia novamente passarem pelo período gestacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desejo pela gestação é o caminho encontrado por muitas mulheres para a concretização do sonho de se tornarem mães, sendo esta uma vivência única e singular para toda a família.

Raramente existe associado a este sonho a ideia de que o filho venha a ter uma anomalia, ou por alguma razão não sobreviva. A perda de um bebê é uma experiência vivenciada de forma individualizada e única, envolvendo não somente a perda física, presencial, mas a perda dos sonhos, planos e ideais.

No caso relatado sentimentos ambivalentes, tais como raiva, tristeza, medo, angustia e mecanismos defensivos puderam ser observados, acolhidos e trabalhados durante os atendimentos psicológicos realizados.

Sabe-se que o impacto que uma perda gestacional tem na vida dos casais está longe de ser compreendido na totalidade, porém observou-se que a possibilidade de expressar o sofrimento por meio de palavras e ações, em um ambiente adequado e acolhedor, contribuiu para que este momento fosse suportável e em seu tempo elaborado.

Dessa forma, espera-se que a equipe de saúde envolvida seja respeitosa e ofereça de forma humanizada informações e esclarecimentos para todas as dúvidas e questões que possam surgir neste delicado momento. O trabalho empático e a percepção assertiva dos profissionais e principalmente da psicologia além de se fazerem necessários, tem muito a contribuir dentro desta sofrida realidade.

ISSN 1679-8902

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, M. S. C.; PATROCINIO, C. **A malformação do bebê: Vivências psicológicas do casal.** Psic., Saúde & Doenças, v. 8, n. 2, nov. 2007. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2014.

BENUTE, G. R. G. et al. *Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais.* ***Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 28, n. 1, p. 10-17, jan. 2006.***

BORTOLETTI, F. F. **Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal.** In: BORTOLETTI, F. F.; MORON, A. F.; BORTOLETTI, J. F.; NAKAMURA, M. U. Psicologia na Prática Obstétrica: Abordagem Interdisciplinar. Barueri: Manole, 2007.

BORTOLETTI, F. F.; SILVA, M. S. C.; TIRADO, M. B. A. **Assistência psicológica em medicina fetal.** In: BORTOLETTI, F. F.; MORON, A. F.; BORTOLETTI, J. F.; NAKAMURA, M. U. Psicologia na Prática Obstétrica: Abordagem Interdisciplinar. Barueri: Manole, 2007.

CARVALHO, F. T.; MEYER, L. **Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações**. Bol. psicol, São Paulo, v. 57, n. 126, p. 33-48, jun. 2007.

CARVALHO, F. H. C. et al. **Interrupção de gestações com fetos inviáveis.** In: BORTOLETTI, F. F.; MORON, A. F.; BORTOLETTI, J. F.; NAKAMURA, M. U. Psicologia na Prática Obstétrica: Abordagem Interdisciplinar. Barueri: Manole, 2007.

CHIATTONE, H. B. C. **Assistência psicológica de urgência.** In: BORTOLETTI, F. F.; MORON, A. F.; BORTOLETTI, J. F.; NAKAMURA, M. U. Psicologia na Prática Obstétrica: Abordagem Interdisciplinar. Barueri: Manole, 2007.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. Petrópoles: Vozes, 1985.

QUAYLE, J. **Óbito Fetal e Anomalias Fetais: repercussões emocionais maternas.** In: ZUGAIB, M., TEDESCO, J. J. e QUAYLE, J. Obstetrícia Psicossomática. São Paulo: Atheneu, 1997.

SOUZA, L.; PEREIRA, M. G. **O impacto da interrupção da gravidez por mal formação congênita: a perspectiva do pai**. Psic., Saúde & Doenças, v. 10, n. 1, p. 31-47, 2009.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WHITTLE, M. J. **Conduta na restrição de crescimento intra-uterino.** In: RODECK C. H., WHITTLE, M. J. Medicina Fetal: Fundamentos e Prática Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

YOSHIDA, E. M. P.; ENÉAS, M. L. E. **Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais.** Campinas: Editora Alínea, 2004.

ISSN 1679-8902

Breve Currículo
Liliane Genain Zapparoli
Psicóloga no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP), professora de atividades práticas no curso de graduação em Psicologia da Faculdade Jaguariúna (FAJ), especialização em Psicologia Hospitalar e Saúde Reprodutiva da Mulher pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.
Endereço: Cel Amâmcio Bueno, 1671, Jd Sônia – Jaguariúna/SP – CEP 13820-000.
E-mail: lilianezapparoli@yahoo.com.br
Telefone: (19) 992975592

Claudia Aparecida Marchetti Duarte
Psicóloga, professora de atividades práticas no curso de graduação em Psicologia da Faculdade Jaguariúna (FAJ), mestre em Ciências Biomédicas pelo departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.
Endereço: Ernani Pereira Lopes, 52 (apto 52), Jd Flamboyant – Campinas/SP – CEP: 1309-132.
E-mail: baumdu@gmail.com
Telefone: (19) 997090164

Laíse Potério Santos
Psicóloga e supervisora do Serviço de Psicologia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP), mestre em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.
Endereço: Cel Quirino, 910 (apto 181) – Campinas/SP – CEP: 13025-001.
E-mail: lapoterio@gmail.com.br
Telefone: (19) 35219326

Mariana Gonçales Gerzeli Santos
Psicóloga no Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante (SAPPE/ UNICAMP), Aprimoramento em Psicologia Clínica na Saúde Reprodutiva da Mulher pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Residência em Saúde: Modalidade Residência em Psicologia Hospitalar pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro PUC-Campinas.
Endereço: Rua Luiz de Oliveira Pinto, 39 (apto 33), Jaguariuna/SP - CEP:18320-000
E-mail: mgerzeli@unicamp.br
Telefones: (19) 981496349

ISSN 1679-8902