

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

ESTEFANY CRISTINA AVELAR FERNANDES

CUIDADOS PALIATIVOS NA PERINATAL

Paracatu

2022

ESTEFANY CRISTINA AVELAR FERNANDES

CUIDADOS PALIATIVOS NA PERINATAL

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia

Área de Concentração: Ciências Humanas

Orientador: Msc. Hellen Conceição Cardoso Soares..

Paracatu

2022

F363c Fernandes, Estefany Cristina Avelar.
Cuidados paliativos na perinatal. / Estefany Cristina
Avelar Fernandes. – Paracatu: [s.n.], 2022.
26 f.

Orientador: Prof^a. Msc. Hellen Conceição Cardoso
Soares.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) UniAtenas.

1. Perinatal. 2. Cuidados paliativos. 3. Luto. 4. Bebê. 5.
Família. 6. Maternagem. I. Fernandes, Estefany Cristina
Avelar. II. UniAtenas. III. Título.

CDU: 159.9

ESTEFANY CRISTINA AVELAR FERNANDES

CUIDADOS PALIATIVOS NA PERINATAL

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia

Área de Concentração: Ciências Humanas

Orientador: Msc. Hellen Conceição Cardoso Soares..

Banca Examinadora:

Paracatu/MG, _____ de _____ de 2022.

Pro^{af}. Msc. Hellen Conceição Cardoso Soares
Centro Universitário Atenas

Prof. Dr. Cristhyano Pimenta Marques
Centro Universitário Atenas

Prof. Cleverson Lopes Caixeta
Centro Universitário Atenas

Dedico este trabalho a toda a minha família. A Prof. Msc. Hellen Conceição e a Prof. Alice Sodré por terem me guiado na conclusão desse grande sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir concluir este trabalho e essa graduação com tanta graça e satisfação. A sua presença me permitiu sentir-me mais forte diante todas as dificuldades encontradas ao longo dessa graduação.

Aos meus pais pelo grande apoio desde o início do curso, incentivo e por terem garantido a realização de um sonho. Agradeço também aos meus irmãos que estiveram comigo durante toda essa caminhada e aos meus avós pela grande demonstração de orgulho.

Por fim a minha orientadora Prof. Msc. Hellen Conceição que acreditou no meu potencial, me auxiliando, impulsionando e orientando a realização desse trabalho.

RESUMO

A gravidez é um momento marcado de muitas expectativas para a mulher e toda a sua família, e pouco é se falado sobre os cuidados necessários quando ocorre a perda do feto na perinatal. Diante dessa problemática, foi revisado escritos de Winnicott, artigos científicos e pesquisas sobre a perda na perinatal e sobre os cuidados paliativos, uma abordagem psicanalítica afim de contribuir na elaboração do luto na família.

Palavras-chaves: Gravidez; perinatal; cuidados paliativos; família; luto; bebê ; maternagem.

ABSTRACT

Pregnancy is a moment marked by many expectations for the woman and her entire family and it's little talked about the necessary care when the fetus lost occurs in the perinatal period. Faced with this problem, Winnicott's writings, scientific articles and research on perinatal loss and palliative care were reviewed, a psychoanalytic approach in order to contribute to get along mourning in the family.

KEYWORDS: *Pregnancy, perinatal, palliative care, family, mourning, baby, mothering*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

RN – Recém-nascido

DP – Disforia Puerperal

BP – Blues Puerperal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	10
1.2 HIPÓTESES	10
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 OBJETIVO GERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	11
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	12
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	12
2 PERINATAL	14
3 A REPRESENTAÇÃO DO BEBÊ NA FAMÍLIA	17
4 A FAMÍLIA PERANTE A PERDA DE UM FILHO	20
4.1 O PSICÓLOGO NA ATUAÇÃO DE PERDA PERINATAL	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), define cuidados paliativos como uma abordagem que previne e alivia o sofrimento de pacientes e familiares que estão enfrentando uma doença que ameaça a continuidade da vida. É uma forma de tratamento que promove o alívio da dor e de outros sintomas desde o diagnóstico (MATSUMOTO, 2021).

Nesse estudo iremos falar da importância do cuidado paliativo na perinatal, na qual entende-se como um período que se inicia na 22 semana de gestação (154 dias exatos) e o feto deve estar com o peso acima de 500g, e chega ao fim no sétimo dia após o nascimento (REIS, VILLASCHI,). Contudo, devido a algumas complicações, pode ocorrer a morte do feto ou o bebê nesse período.

Perder um filho quando deveria estar comemorando o início de uma vida é um assunto muito doloroso que traz com ele muito sofrimento para a família. Diante disso o cuidado paliativo vem como uma abordagem afim de amenizar a dor da família. Winnicott fez contribuições que reforçam o trabalho do psicólogo nesse cuidado, suas teorias psicanalíticas explicam a relação mãe e bebê e as dificuldades da elaboração do luto (LACONELLI, 2007)

1.1 PROBLEMA

Quais as contribuições dos cuidados paliativos na perinatal?

1.2 HIPÓTESES

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos ANCP (2012), os cuidados paliativos é um tratamento terapêutico com comprovação de eficácia, já que o mesmo permite interação com a família, possibilitando uma comunicação empática e verdadeira. Por se tratar de um momento muito sensível, essa abordagem se torna adequada e necessária para que haja o compartilhamento dos medos, sofrimentos, expectativas e elaboração do luto.

Sendo assim, a autora Zampoli expõe:

A integração dos princípios de cuidados paliativos ao recém-nascidos e suas famílias não somente é possível, como também necessária. O tratamento da

dor e de outros sintomas, o suporte familiar e a otimização da qualidade de vida de recém-nascidos críticos e suas famílias, constituem aspectos básicos da assistência integral ao neonato, independentemente da evolução clínica da doença (ZAMPOLI, 2019).

De fato, ocorre grandes mudanças na vida dos familiares do paciente perinatal quando descobrem alguma complicaçāo no final da gestação ou no nascimento que interrompe o ciclo de vida causando consequências significativas nos âmbitos emocional, físico e cognitivo (ZAMPOLI, 2019).

Segundo Zampoli (2019), o paciente em questão receberá todos os cuidados propostos pela rede multidisciplinar de forma intensiva para seu tratamento, enquanto os pais são expostos aos cuidados paliativos, afim de amenizar o sofrimento e conseguirem lidar com a situação.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como os cuidados paliativos contribuem na preparação da família diante a perda de um filho.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A) Compreender o que é perinatal.
- B) Analisar a representação do bebē na família.
- C) Elucidar a forma que a família lida com a perda de um filho.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O final da gestação é marcado por muitas expectativas. Mas essa nem sempre é a realidade de todos os pais. Perder um filho no início de sua vida é um assunto muito delicado, e que deve ser trabalhado de maneira cautelosa para prever traumas na família. A boa comunicação é um dos principais passos para na hora contar para as famílias. De acordo com Buckman (1984) e Carrapa (2010), citada por Zampoli (2019):

a má notícia é compreendida como qualquer informação que possa produzir alguma alteração nas perspectivas da pessoa sobre o seu presente e futuro, podendo gerar um déficit cognitivo, comportamental ou emocional. Tais déficits podem perdurar por algum tempo após a pessoa ser informada.

Dessa maneira é importante enfatizar os trabalhos que existem para auxiliar essa demanda. O cuidado paliativo é uma abordagem voltada para os cuidados ao fim da vida. Recentemente o cuidado paliativo foi implementado nas áreas da neonatologia e pediatria, principalmente em bebês com má formação congênita, prematuros e outras doenças raras (SILVA, SUDIGURSKY, 2008)

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

Constitui-se uma revisão bibliográfica sobre os cuidados paliativos perinatais, será revisado os escritos de Winnicott junto a artigos, estudos e pesquisas referentes a perinatal.

“Revisão bibliográfica é a tarefa de encontrar elementos, por meio de citações, que reforcem os argumentos acerca dos elementos que serão usados para testar as hipóteses. Em síntese, também contribuirão para o alicerce da argumentação (VIEIRA, 2010)

Esse levantamento é feito com matérias de procedência, dessa forma o presente artigo se torna mais organizado e com fontes científicas. Com isso concede que o pesquisador consiga fazer ensaios que contribui na investigação (VOSGERAU, ROMANOWSKI, 2014).

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Está monografia está composta de cinco capítulos, sendo elas:

No primeiro capítulo é feito uma introdução do tema que será abordado, dando seguimento a problemática e possíveis hipóteses de resolução. Esse capítulo também é destinado para o objetivo, justificativa, metodologia e estrutura do trabalho.

O segundo capítulo é uma elaboração dos principais termos técnicos presentes em uma gravidez e no período perinatal.

Terceiro capítulo expõe as representações do bebê desde a Idade Média até atualmente. Contextualizando com as mudanças que ocorreram nos papéis socialmente.

Quarto capítulo cita como a família lida com a perda de um filho e como o psicólogo pode contribuir utilizando a abordagem de cuidados paliativos.

Quinto capítulo está constituído as considerações finais sobre cuidados paliativos na perinatal.

2 PERINATAL

Para entender melhor o assunto é necessário conhecer alguns termos dentro da saúde perinatal. O período perinatal é compreendido como aquele que se inicia na 22º semana de gestação e se estende até os sete dias completos dorecém -nascido (REIS, VILLASCHI, 2014).

Já o período neonatal, se inicia no primeiro dia do nascimento e finaliza no 27º dia pós-parto, e é considerada uma fase vulnerável por conter riscos biológicos, ambientais, sociais e culturais (PINHEIRO et al., 2016). De acordo com Reis e Villaschi (2014), o período neonatal pode ser dividido em dois momentos: do nascimento até o 6º dia é considerado o período neonatal precoce, e a partir do 7º dia ao 27º dia, é conhecido como o período neonatal tardio.

Vale ressaltar, que a mortalidade perinatal, tem dois indicadores, óbitos a partir da 22º semana de gestação chamada de natimortalidade e óbitos antes de concluir 7 dias de vida, chamado de neomortalidade precoce (FONSECA, COUTINHO, 2004). No Brasil, as principais causas de mortalidade perinatal, está ligada a asfixia intrauterina, intraparto, baixo peso do RN, afecções respiratórias, outras infecções e o nascimento prematuro, enquanto em países desenvolvidos acontecem óbitos por motivos de prematuridade extrema e de malformação congênita (LANSKY, FRANÇA, LEAL, 2002).

Fonseca e Coutinho discorrem em seu artigo:

Alguns autores defendem ainda a inclusão das mortes neonatais tardias nas taxas de mortalidade perinatal, pois, com a tecnologia neonatal atualmente disponível, a sobrevivência de recém-nascidos é muitas vezes prolongada e a morte pode ocorrer somente após o sétimo dia de vida, mas por causas originadas no período perinatal.^{18,94}(FONSECA, COUTINHO, 2004).

Lanky, França e Leal (2002), salientam em seu artigo a necessidade de mais informações de óbitos perinatais no Brasil, mas infelizmente existem poucos estudos voltados para essa área. Existe uma irrelevância sobre as causas de mortalidade perinatais, não estão levando em conta a quantidade de mortes que ocorrem antes do nascimento, mesmo que a mortalidade fetal tem as mesmas causas e etiologia da mortalidade neonatal precoce.

Além da perinatal, esse momento pós-parto também é caracterizado para as gestantes como Puerpério, definido como o período após o nascimento que se

estende aproximadamente entre seis a oito semanas. Contudo na mulher ocorre grandes mudanças hormonais, que comprometem as funções biológicas, as ações sociais e psicológicas (CAMACHO, R. S et al., 2006). O puerpério é dividido em três períodos: imediato, se inicia no primeiro dia pós-parto até o decimo dia; tardio, a partir do decimo primeiro dia até quadragésimo quinto dia e o remoto do quadragésimo quinto dia em diante (VIEIRA et al, 2010).

Pesquisadores, na década de 60 começaram a observar distinguir uma desordem na perinatal em algumas puérperas nos primeiros dias pós-parto. Sintomas como, choro, irritabilidade e instabilidade emocional são mais prevalentes. Chamaram, então, de Disforia Puerperal (DP), conhecida também como Blues Puerperal (BP) (AMBRÓSIO, CAMELO, 2020).

Ambrósio e Camelo também ressalta:

O BP é uma entidade psíquica transitória que pode ocorrer até 7-10 dias após o parto, com pico de incidência entre o terceiro e quinto dia. O quadro regredie espontaneamente após um período de duas semanas; este é o limite de tempo para que após este período, se os sintomas persistirem, deve ser pesquisado a possibilidade de Depressão Pós Parto (DPP) (SADOCK; SADOCK, 2017; COHEN et al, 2010).

Para Gomes e Santos (2017) pode-se ponderar que a saúde materna é de extrema relevância, contudo se torna fundamental que os cuidados devem começar logo após o parto. Visto que todos da equipe devem estar preparados para acolher e preparar o melhor plano terapêutico para a puérpera. Devido esse momento de grandes mudanças se faz necessário uma atenção dobrada e humanizada (ASSEFet al, 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde criou uma estratégia voltada para os cuidados com as gestantes e puérperas. A Rede Cegonha, nome dado a esse projeto que visa garantir e proporcionar desde o planejamento familiar, atenção de qualidade as grávidas, ao parto, puerpério e o pós-parto, garantir o nascimento e desenvolvimento seguro que é um direito de toda criança.

A fim de reduzir os números da mortalidade materna e a mortalidade infantil, a Rede Cegonha, abrange a reestruturação e uma nova organização na atenção materno-infantil, dando foco da atenção primária até a atenção hospitalar. Dessa forma é possível assegurar o acesso para essas pessoas e fornecer um acolhimento e automaticamente a resolução diante das demandas. (gov.br)

Diante dessa realidade, é essencial conhecer e entender como funciona a saúde mental na perinatal. Brito (2009) descreve o início da gravidez como um marco importante, tanto para a mulher como no homem, é um momento em que muitas mudanças psíquicas acontecem, como por exemplo a aceitação da nova identidade. Existe preocupações em aceitar essa nova realidade, e o momento onde se deve avaliar as relações com as pessoas mais próximas como os pais e conjugues.

No 1º trimestre aparecem habitualmente sintomas psicossomáticos, como enjoos e vômitos, dando conta da ambivalência sempre presente em relação à gravidez. No 2º trimestre com o aparecimento dos movimentos fetais, a realidade do feto está presente e atenua a ambivalência, mas parecem os receios sobre eventuais malformações e perda do feto, alterações da imagem corporal, que se vai deformando e um quadro depressivo pode ser patente.² No 3º trimestre aparecem os medos relacionados com o momento do parto, as dores e pode mesmo aparecer uma angustia de morte da própria e/ou do bebé. (BRITO, 2009)

Pode-se concluir então, que a perinatal está inserida no 2º trimestre da gravidez, com a presença desses sintomas. Além dessas características, existem outros fatores que podem perturbar a saúde mental da grávida. De acordo com o Manual de orientação para profissionais da saúde (2005), podemos destacar alguns desses fatores: gravidez não planejada, gravidez de alto risco, malformação do feto, luto de algum parente próximo, depressão, psicose, toxicodependência, violência doméstica, isolamento social, pais adolescentes entre outros.

Devemos abrir um parêntese para o estigma que a mulher sofre nesse período, já não basta o enfrentamento de todas essas mudanças físicas, psíquicas, sociais, ainda tem a cultural, que estabelece que a mulher deve passar por tudo isso “feliz”. E quando não sentem essa felicidade, são invadidas pelo sentimento de culpa, vergonha, medo de tirarem seus filhos por estarem sendo estigmatizadas, fracasso (MACEDO & FERREIRA, 2014).

3 REPRESENTAÇÃO DO BEBÊ NA FAMÍLIA

Entender as representações do bebê dentro da família ao longo dos tempos é fundamental para darmos continuidade nesse artigo. Dessa maneira, voltaremos desde a Idade Média, onde a família era construída através dos interesses econômicos. O casamento era arranjado, e a principal finalidade do provedor da casa era o sustento familiar, contudo não existiam relações de afeto entre os cônjuges e seus filhos. Isso acontecia devido as relações serem de patriarcado, as mães e os filhos eram considerados com pouca importância, sobretudo a maternidade não possuía nenhum valor especial (GRADVOHL, OSIS, MAKUCH, 2014).

Podemos ainda destacar, segundo Gradvoohl, Osis e Makuch (2014) que nesse período:

A ausência da maternagem pela mãe e a falta de cuidados especiais colaboravam para as altas taxas de mortalidade dos nascidos vivos naquela época (Badinter, 1987). A justificativa para a negligência das mães era que o bebê não merecia tamanha atenção, uma vez que, por ser frágil, teria poucas chances de sobrevivência (Ariès, 1981). Também na Idade Média eram comuns o infanticídio e a prática do abandono da criança à própria sorte como forma de limitar o número de filhos (Bonnet, 1990). As famílias eram numerosas e o acolhimento às pessoas nas casas não se restringia aos que possuíam os mesmos laços sanguíneos, sendo dominante a vida em comunidade. Também não existia privacidade nas casas e todas as pessoas tinham livre acesso a todos os cômodos (Ariès, 1981.).

Winnicott (1956, 2000) define a maternagem quando além dos cuidados primários com o seu filho, cria-se um vínculo afetivo devido a disponibilidade psíquica estabelecida durante esses momentos de atenção e acolhimento ao bebê. Segundo Kitzinger (1978), esses cuidados dependem do valor exercido socialmente pela cultura da mãe, sendo assim, ele prevê a variação da maternidade e maternagem em contextos de valorização e vivências durante os próximos anos, já que valores estão socialmente relacionados ao significado do filho inserido pela cultura designada a aquela mulher. (GRADVOHL, OSIS, MAKUCH, 2014).

As mudanças na relação mãe-bebê só começaram ao final do século XVII, segundo Badinter (1985). Nesse momento aconteceu uma “revolução das mentalidades”, onde todo o papel da mãe, antes vista sem afeto, sem cuidados, muda seu comportamento e passa assumir um novo significado. O papel materno agora possui valores sociais e naturais que vão alavancar a sociedade é a sua espécie, sendo assim, devido à grande importância desse novo papel na família, a mulher é

imposta a obrigação de ser mãe através do amor materno (BARBOSA, MACHADO, SOUZA, COMIN, 2011).

Essas novas concepções do papel da mulher se deram, de acordo com Badinter (1985) pela percepção da sociedade, observaram que os cuidados de uma mãe com o seu bebê são únicos e fazem total diferença para o seu desenvolvimento. Dessa maneira, ao garantir todos os cuidados necessários de um bebê, a mãe passaria a dedicar todo o seu tempo para o seu filho, criando assim, um novo amor pela criança. Suas responsabilidades são ampliadas gradativamente é a mulher se torna devota ao seu filho, dando uma nova direção a maternidade (ARANTES, 2018).

A maternidade passa a ser vista como uma construção sociopolítica inserida pela sociedade patriarcal pelas autoras Badinter (1965), Dolto (1984) e Chodorow (2002) e negam totalmente a ideia de que a maternidade é um instinto feminino, concepção que foi estabelecida ao longo da história. Para Pinto (2010), nas últimas décadas do século XIX, os movimentos feministas deram um novo significado a maternidade. Mulheres na Inglaterra, começaram a lutar pelos seus direitos e conforme foram conquistando, o papel social da mulher modificou, permitindo-a ter outras funções. Isso nos permite refletir que a partir das lutas feministas o conceito de família também sofreu modificações (ARANTES, 2010).

Seguindo a mesma linha, encontramos atualmente uma grande diversidade de modelos de família, a família tradicional ou nuclear, que antes eram compostas por casais heterossexuais após o casamento e filhos biológicos foram perdendo força e sendo deixados de lado e abrindo espaço para novos modelos familiares. Essas informações possuem dados estatísticos e desde 1965 as taxas de casamento e fecundidade, caíram de trinta a quarenta por cento (FONSECA, 2010).

Diante dessas transformações nos modelos de famílias Mota, Vargas e Vasconcelos (2015) discorre em seu artigo:

Dentre as modificações na estrutura familiar se percebe o aparecimento mais frequente de famílias monoparentais (com somente um dos pais), pluriparentais ou reconstituídas (onde casais em novas uniões mantêm uma relação materno/parental com a prole do parceiro), famílias homoafetivas, famílias sem filhos e famílias que não possuem vínculo legal (Fleck & Wagner, 2003).

Piccinini (2004) em sua obra, destaca a complexidade da gestação com suas mudanças de diversas ordens, sendo uma experiência repleta de sentimentos intensos e expectativas, não só por parte da mãe, mas também por parte dos familiares, que, atualmente, nutrem no embrião sonhos e expectativas.

Piccinini (2004) ainda aponta que as expectativas da mãe em relação ao bebê originam-se de seu próprio mundo interno, de suas relações passadas e suas necessidades conscientes e inconscientes relacionadas àquele bebê.

Fonseca (2010) destaca que existem fatores tanto positivos quanto negativos da presença das expectativas da família com o bebê. Os aspectos positivos envolvem, principalmente, a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasia por parte da mãe para começar a existir enquanto ser humano. Já nas expectativas negativas ocorrem quando não há espaço para o bebê assumir sua própria identidade, ou seja, quando a mãe não consegue aceitar a singularidade de seu filho e abandonar sua carga maciça de projeções.

Piccinini (2004) ainda aponta dentro desse processo de identificação do bebê ainda em sua gestação, a falta de conhecimento de alguns pais quanto a como interagir, como entrar em contato com seus bebês e estabelecer com eles uma relação, principalmente vindo por parte do pai.

Piccinini (2004) ainda traz a problemática da quebra de expectativa quanto a embrião, essa quebra muitas vezes vem na forma de perda, sendo um grande choque para toda a família e se mostrando como outro fator negativo em relação às expectativas desenvolvidas na gestação.

Para Piccinini (2004), essa quebra da representação do bebê na família cria uma nova representação que precisa de destaque e estudo quanto ao que causa, suas implicações e atuação profissional frente a mesma. Assim, no próximo capítulo será discutida a relação da família perante a perda e a atuação profissional nessa área.

4 A FAMÍLIA PERANTE A PERDA DE UM FILHO

De acordo com Winnicott (2000 [1956]), a dependência é total antes e logo após o nascimento, tendendo, porém, a diminuir no decorrer da vida, à medida que a mãe consegue ajudar o filho em seu desenvolvimento emocional. Segundo o autor, a mãe deverá ser capaz, a partir dos últimos meses da gestação até alguns meses após o parto, de experimentar o estado de preocupação materna primária, que consiste em a mãe saber no momento certo, através de uma sintonia sutil que estabelece com o bebê, as necessidades vitais de seu filho.

É uma identificação da mãe com seu bebê: ela passa a sentir o que ele sente e precisa. Dentro dessa visão, a mãe e seu bebê possuem uma relação recíproca e complementar, podendo-se pensar que a mãe não existe sem o bebê e o bebê não existe sem a mãe (Winnicott, 2000 [1956]).

Rebelo (2013) descreve o que ele chama de desígnio de bem-estar, que é aquilo que se tem com a concretização do nascimento do bebê e seu crescimento saudável. E, caso haja uma interrupção ou um desvio nesse desígnio que os pais não conseguem evitar, isso vem a provocar um conflito emocional profundo.

Muza (2013), focando no luto perinatal, ressalta que a morte de um filho antes ou logo depois do nascimento é um símbolo de rompimento com a ordem natural da vida, além de interromper os sonhos, esperanças, expectativas e as esperas existenciais que normalmente são depositados na criança que está por vir, a morte desse filho representa também a morte de um sonho.

Muza (2013) ainda destaca que a perda de qualquer ordem gera o sentimento de luto, sendo o mesmo uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e o luto tem a função de proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas.

Para a mãe, a construção do vínculo com o filho sonhado precisa preceder a chegada do bebê, e é desse material que emerge a vinculação com o filho. Quanto ao teste de realidade, a tendência cultural é de desaparecer com vestígios da existência do bebê em casos de má-formação grave. Assim, a mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto que, para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perde. (MUZA, 2013. p. 04).

Assim, Claudia (2018) ressalta que a elaboração do luto pela morte de uma criança, seja antes de seu nascimento ou logo após, tem uma dinâmica diferente, já

que a construção de vínculos afetivos e de recordações que se formam com a convivência fica impossibilitada, assim, lembranças não podem ser evocadas e a ausência da criança é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo.

Dos Santos (2021) destaca outro ponto dentro do luto perinatal, focando no nascimento do filho como uma experiência familiar na qual a mãe e o pai vivenciam uma experiência de grande relevância para a formação da personalidade: a da parentalidade, e essa experiência caracterizada como uma transição também é passível de sofrimentos, como o luto.

Muza (2013) aponta o processo de luto parental como parte integrante de todo esse processo de luto familiar, afetando todos os outros subsistemas e sendo afetado por eles. O luto parental por si só já é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de um luto complicado, sendo o luto complicado aquele que não é resolvido ou vivenciado de forma esperada. Com isso, a atuação do profissional da psicologia se faz necessária nesses processos de luto e perda de um filho.

4.1 O PSICÓLOGO NA ATUAÇÃO DE PERDA PERINATAL

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) para se comunicar notícia difíceis, como a irreversibilidade do quadro de saúde de um neonato, por exemplo, se faz necessário que o profissional da saúde que esteja diante da família demonstre empatia e carinho, para que os genitores se sintam seguros e compreendam que, apesar da dificuldade da situação, o seu filho não será abandonado pela equipe, podendo confiar nos profissionais ali a serviço.

Dos Santos (2021) destaca que, receber uma má notícia como uma gestação de alto risco, nascimento prematuro ou má formação do bebê, geram nos familiares grande angústia e ansiedade e, neste cenário de instabilidade emocional, temos a equipe multidisciplinar que dá a assistência de natureza física, mas também psicossocial e espiritual.

Claudia (2018) volta nossa atenção para o papel do psicólogo quanto a comunicação, já que a mesma se faz uma ferramenta vital para o atendimento a família do paciente, sendo o meio pelo qual a equipe multidisciplinar pode informar todos os procedimentos e cuidados que estão sendo prestados, bem como a maneira em que os pais podem interagir com os profissionais e expressar suas emoções, frustrações e sofrimento.

À medida que o consenso se estabelece dentro da equipe médica, a família é progressivamente envolvida do processo decisório, através de discussão

franca, objetiva e serena. Independente do grau de instrução, os familiares desejam ser ouvidos, entender e participar nas decisões relacionadas ao final de vida de seu filho. Entretanto, a família necessita de tempo e provas concretas para convencer-se que o quadro é irreversível, não responsivo ao tratamento ou em fase terminal de doença. Para conduzir este processo, a equipe médica deve manter um ambiente de confiança, respeito, solidariedade e propício para o entendimento. (CLAUDIA, 2018. p. 02).

Dos Santos (2021) ressalta que quando a comunicação não flui de forma correta, tendo uma das partes com dificuldades em compreender o que se deseja ser informado, temos um impacto negativo na relação entre os profissionais da saúde e os pais.

Para Dos Santos (2021), quando se trata de uma perda gestacional, a intervenção do psicólogo precisa estar baseada em uma postura de compreensão e empatia, sendo o primeiro passo na intervenção clínica frente a uma perda gestacional a promoção da aceitação da realidade da perda.

Desta forma, o psicólogo precisa ajudar o casal ou a pessoa que perdeu o bebê a encarar a perda como de uma pessoa real, que nasceu e morreu, que estava presente e se foi. Assim sendo, é interessante que se dê identidade ao bebê que partiu, autorizando-se a vivenciar o momento de luto. (DOS SANTOS, 2021).

Claudia (2018) ressalta a importância de se ver o processo paliativo perinatal com toda empatia e cuidados colocando a família como parte importante nessa atuação, prestando o atendimento necessário e sempre destacando também a necessidade das técnicas corretas para tal momento, sem negligenciar a família nessa situação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante as informações levantadas acerca da perinatal, podemos compreender que é um momento de extrema importância para mulher e a sua família. Já no início da gravidez se inicia processo de maternidade e maternagem, as expectativas, emoções e laço afetivo surgem com o novo papel social. Ocorrem mudanças físicas e psíquicas na mulher, alteração de hormônios que a deixam mais sensíveis na perinatal.

A gravidez faz parte do ciclo de vida do ser humano, dar a vida ao um novo ser é uma tarefa que para muitos requer planejamento. A família ao serem notificados que seu bebê corre risco durante a gestação pode causar angústia, principalmente na genitora. Dessa maneira se faz necessário um acolhimento a gestante e sua família através dos cuidados paliativos e toda rede multiprofissional envolvida nesses casos.

Podemos então concluir que o problema foi solucionado, e as hipótese confirmada. Os cuidados paliativos têm um efeito positivo para acolher as famílias que estão sendo notificadas que ocorreu a interrupção de vida do seu bebê. Além de contribuir no momento que a informação é recebida, pois, é um momento e exige empatia ao falar de um assunto delicado e sério, e em seguida iniciar a elaboração do luto junto com o psicólogo.

Realizar este trabalho e entender as contribuições de um psicólogo ao atuar em uma maternidade, agrega os conhecimentos de um acadêmico de psicologia e possui uma grande relevância para aqueles que tem intenção de conhecer mais sobre o assunto ou seguir no atendimento hospitalar.

Nesse tema observamos que os sentimentos que são depositados ao gerar um filho, são grandes, não é apenas uma mudança no corpo, é uma mudança na vida. Criar toda uma perspectiva de futuro e receber uma notícia que destrói todos esses sentimentos em prazo de segundos pode desestabilizar uma família inteira. Contudo, a presença de profissionais capacitados.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. Disponível em < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2022.

AssefM. R.; BarinaA. C. M.; MartinsA. P. P.; MachadoJ. G. de O.; AmadoL. O.; ToledoL. de; BinkowskiL. L. T.; CorreiaM. C. Álvares; FernandesT. P.; SoaresG. F. G. Aspectos dos transtornos mentais comuns ao puerpério. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 29, p. e7906, 7 jul. 2021.

BARBOSA, F. A.; MACHADO, L. DE F. DE F. V.; SOUZA, L. V. E; SCORSOLINI COMIN, F. SIGNIFICADOS DO CUIDADO MATERNO EM MÃES DE CRIANÇAS PEQUENAS. **Barbarói**, p. 28-49, 20 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. Disponível em < <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em: 06 de novembro 2017.

BRITO, I. A saúde mental na gravidez e primeira infância. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S. I,] v. 25, n. 5, p. 600 –4, 2009. DOI: 10.32385/rpmgf.v25i5.10678. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10678>. Acesso em: 16 nov. 2022.

CARVALHO, M. V. B; PERINA, E. M. Cuidados paliativos pediátricos: a essência do cuidar da criança/adolescente/familiares nas situações limites. *Mundo Saúde* (1995). 2003; 27(1): 93-7.

Cartlidge PHT, Stewart JH. Effect of changing the stillbirth definition on evaluation of perinatal mortality rates. *Lancet* 1995; 346:4486-8.

CLÁUDIA, Ana. Comunicação com Familiares de Pacientes em Cuidados Paliativos Perinatais. **Revista Pleiade**, v. 12, n. 26, p. 125 131, 2018. Disponível em: <https://pleiade.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/view/496> Acesso em: 14 nov. 2022.

Costa, S. M. M. D., Duarte, C. A. M., Salcedo, E. A. D. C., Perina, E. M., Souza, J. D. L., Bianchi, M. O., ... & Cardoso, S. M. D. S. (2003). Cuidados paliativos em neonatologia: implementação de um programa multiprofissional. *Mundo saúde (Impr.)*, 171-176.

De Lorenzi DRS, Tanaka ACA, Bozzetti MC, Ribas FE, Weisheimer L. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Cad Saúde Pública* 2001;17:141-6.

DOS SANTOS LAGUNA, Thalyta Freitas et al. O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p.

e5210615347-e5210615347, 2021. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15347> Acesso em: 14 nov. 2022.

FONSECA, S. C., COUTINHO, E. S. F. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão de metodologia e dos resultados, 2004.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/Vhr6mRZdwGGfSQpTmmFD33m/?format=pdf&lang=pt>

GOURBIN, C., MASUY-STROOBANT, G., Registration of vital data: are live births and stillbirths comparable all over Europe? Bull World Health Organ 1995; 73:449-60.

KAHALE, S. Quando vamos melhorar a qualidade da assistência perinatal no Brasil? Rev Ginecol Obstet 2000;11:1.

LACONELLI, Vera. Luto insólito, desmentindo o trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>

LANSKY, S., FRANÇA, E., LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Revista de Saúde Pública, 36. 2002.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/6DBkNXGbb7ccLtyGWZzxrJQ/?format=pdf&lang=pt>

Macedo, A.F. & Pereira, A. T. (2014). Saúde Mental Perinatal: Maternidade nem sempre rima com felicidade. Lisboa: Lidel.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. Manual de Cuidados Paliativos ANCP, 2012, p.26.

MUZA, Júlia Costa et al. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia: teoria e prática**, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193829739003.pdf> Acesso em: 14 nov. 2022.

Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS-DSPSM; 2005.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 20, p. 223-232, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/ZCZnnYxjJh4ctVr8hv3Jr9G/?lang=pt> Acesso em: 14 nov. 2022.

PINHEIRO, J. M. F., et al. "Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil." *Ciência & Saúde Coletiva* 21 (2016): 243-252. <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n1/243-252/pt/>

REBELO, JOSÉ EDUARDO. **Defilhar: como viver a perda de um filho**. Leya, 2013. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=nM2qKeecbGAC&oi=fnd&pg=PT2&dq=A+família+perante+a+perda+de+um+filho&ots=ryi5tmqk9m&sig=oX_wUG-OMeztV6gEBwYP7FuF4EU#v=onepage&q=A%20família%20perante%20a%20perda%20de%20um%20filho&f=false Acesso em: 14 nov. 2022.

REIS, Z. S. N.; VILLASCHI, J. F. Conceitos em saúde perinatal, 2014.
https://www.researchgate.net/publication/298070432_Conceitos_em_saude_perinatal

Richardus JH, Graafmans WC, van der Pal-de Bruin KM, Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, MacKenbach JP. An European concerted action investigating the validity of perinatal mortality as an outcome indicator for the quality of antenatal and perinatal care. *J Perinat Med* 1997; 25:313-24.

SILVA, E. P. SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica, 2008. Salvador.
<file:///C:/Users/BIBLIOTECA/Downloads/concep%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20cuidados%20paliativos.pdf>

VIEIRA, J. G. S. Metodologia de pesquisa científica na prática. *Curitiba: Editora Fael.* 2010.

VOSGERAU, D. S. R; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: conceitos e metodológicas, 2014.

ZAMPOLI, A. C. M. Comunicação com familiares de pacientes em cuidados paliativos perinatais, 2019.

<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/comuica%C3%A7%C3%A3o%20com%2f>

-