
MORTE NA MATERNIDADE: COMO PROFISSIONAIS DE SAÚDE LIDAM COM A PERDA¹

Luana Freitas Simões Lemos²
Ana Cristina Barros da Cunha
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

RESUMO. Comunicar a notícia de uma morte fetal é momento muito delicado, tanto para pais e familiares, quanto para o profissional de saúde, que, além de fornecer a notícia, precisa prestar assistência ao longo da internação. O objetivo geral desta pesquisa foi estudar como profissionais de saúde vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional decorrente da morte fetal, com base na investigação de aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à situação. Com base em delineamento descritivo qualitativo e amostra de conveniência, participaram oito profissionais que prestavam assistência direta a pacientes em situação de perda gestacional, mais especificamente nos setores de ultrassonografia, centro obstétrico e enfermarias de uma maternidade pública de referência a gestantes de alto risco, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Os participantes foram entrevistados individualmente e seus relatos verbais analisados e processados de acordo com a metodologia de análise de conteúdo de L. Bardin. Observou-se que os profissionais eram afetados pela situação de perda gestacional, já que relataram sentirem-se impotentes e frustrados diante da situação. Comunicar o diagnóstico de um óbito fetal foi indicado como um dos momentos mais delicados na prática assistencial, que, geralmente, causa frustração e desconforto. Logo, conclui-se que oferecer atenção às manifestações emocionais e comportamentais dos profissionais de saúde pode ajudá-los a elaborar suas questões subjetivas relacionadas à morte fetal no seu contexto de trabalho.

Palavras-chave: maternidade; morte; profissionais de saúde.

DEATH IN THE MATERNITY HOSPITAL: HOW HEALTH PROFESSIONALS DEAL WITH THE LOSS

ABSTRACT. The moment to break the news of a fetal death is a very delicate moment for the parents and relatives, as well as for healthcare professionals who, in addition to break the news to the family, must assist the mother throughout her recovery. The general objective of this work was to study how health professionals experienced and dealt with the situation of pregnancy loss, based on an investigation of cognitive aspects (perceptions and significance) and emotional aspects (feelings) related to the situation. The research was based on descriptive definitions of qualitative character and a sample of eight professionals who have provided direct assistance to patients in situations of pregnancy loss, specifically in Ultrasonography, Obstetric and Post-Surgical Care sectors of a public maternity hospital in the city of Rio de Janeiro. All participants were interviewed individually and the report taken was analyzed and processed according to L. Bardin's Content Analysis methodology. It was observed that pregnancy loss affected the professionals, given that they reported feelings of helplessness and frustration when confronted with the situation. For them, communicating the diagnosis of a fetal death was an extremely delicate moment in practical assistance that generally caused frustration and discomfort. Therefore, we conclude that providing attention to emotional and behavioral manifestations of health professionals can help them develop their subjective questions related to fetal death in their context of work.

¹ *Apoio e financiamento:* Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

² *E-mail:* luanafsimoes@hotmail.com

Keywords: Maternity; death; health professionals.

MUERTE EN LA MATERNIDAD: ¿CÓMO LOS PROFESIONALES DE SALUD SE REFIEREN A LA PÉRDIDA?

RESUMEN. La comunicación de la noticia de una muerte fetal es muy delicada, tanto para los padres y familiares, como para el profesional de salud, que, además de hacer la comunicación, necesita prestar atención a lo largo de la hospitalización. El objetivo general de esta investigación fue estudiar cómo profesionales de salud viven y enfrentan la situación de la pérdida del embarazo debido a la muerte fetal, con base en la investigación de aspectos cognitivos (percepciones y significados) y emocionales (sentimientos) relacionados a la situación. Basándose en un diseño descriptivo cualitativo y muestra de conveniencia, participaron 08 profesionales que prestaban atención directa a las pacientes en situación de pérdida fetal, más específicamente en los sectores de Ecografía, Centro Obstétrico y Enfermerías de una maternidad pública que es referencia en casos de embarazos de alto riesgo, ubicada en la ciudad de Rio de Janeiro. Los participantes fueron entrevistados individualmente y su informe verbal ha sido analizado y procesado de acuerdo con la Metodología de Análisis de Contenido de L. Bardin. Se observó que los profesionales eran afectados por la situación de pérdida fetal, puesto que han reportado una sensación de impotencia y de frustración frente a la situación. Comunicar el diagnóstico de una muerte fetal fue indicado como uno de los momentos más delicados en la práctica de la atención, y en general causa frustración y malestar. Por lo tanto, se concluye que ofrecer atención a las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los profesionales de salud puede ayudarlos en la elaboración de sus cuestiones subjetivas relacionadas con la muerte fetal en su contexto de trabajo.

Palabras-clave: Maternidad; muerte; profesionales de salud..

A morte é um fenômeno muito complexo e frequente ao longo de toda a nossa vida; apesar disso, sempre tentamos nos manter radicalmente afastados dela (Pacheco, 2004). Ainda que algumas pessoas tenham que vivenciar situações envolvendo a morte com maior frequência, como, por exemplo, os profissionais de saúde; existe uma dificuldade inerente a todo ser humano de lidar com a morte, haja vista ela representar o real em nosso psiquismo, aquilo sobre o qual não é possível dizer e que traz a impossibilidade de significação (Freire, 2005).

Contudo, Pires (2010) argumenta que os profissionais de saúde têm, comumente, um “compromisso com a vida socialmente aceito” (p.143), o que faz com que muitos deles apresentem dificuldade em lidar com a morte. Assim, para lidar com situações de morte no seu contexto profissional, os profissionais de saúde se apoiam no uso do suporte tecnológico disponível, o que implica em uma prática de distanciamento e evitamento da morte a todo custo, com consequente vivência de medos e ansiedades que, nem sempre, conseguem ser verbalizados (Pires, 2010).

No contexto de uma instituição hospitalar como a maternidade é comum as pessoas criarem representações com conotações positivas em que o nascimento é sempre reconhecido como um evento marcado por emoções positivas, ou seja, o nascimento de bebês bonitos e saudáveis com pais alegres e emocionados. Contudo, a maternidade também pode ser o palco de outras vivências da gestação e do nascimento, marcadas por experiências não tão positivas, principalmente quando ocorre uma perda gestacional ou morte fetal.

A morte fetal é definida pelo Ministério da Saúde (2009) como:

A morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. (Brasil, 2009, p. 24).

No que tange à distinção entre os óbitos fetais e os abortos espontâneos, o Ministério da Saúde (2009) utiliza como marcadores a idade gestacional, o peso ao nascer e a estatura do feto. Assim, de acordo com tal descrição, os óbitos fetais caracterizam-se como óbitos ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação (ou 154 dias), ou fetos com peso igual ou superior a 500 g ou estatura a partir de 25 cm. Diferentemente, os abortos espontâneos caracterizam-se pela expulsão ou extração

de um produto da concepção com menos de 500 g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, que tenha ou não evidência de vida (Brasil, 2009).

De acordo com Fretts (2005), existem vários fatores associados ao óbito fetal, que incluem doenças maternas, malformações fetais, infecções adquiridas na gestação e alterações placentárias ou no desenvolvimento fetal. Para Nazaré, Fonseca, Pedrosa e Canavarro (2010), as mortes fetais se associam, com mais frequência, a complicações obstétricas ou do parto, além de problemas de saúde materna e, em porcentagem significativa dos casos, há causas não identificadas.

Estudos revelam que os profissionais de saúde encontram dificuldades para abordar e até para empreender os cuidados necessários à paciente com perda gestacional (Montero et. al., 2011; Santos et. al., 2012). Comumente, tais atitudes são confundidas, por algumas pessoas, com indiferença e frieza; contudo, podem refletir a sensação de despreparo do profissional para lidar com a perda e com o outro que está sofrendo por causa dela.

Morte fetal e luto entre os profissionais de saúde

O momento de comunicar à paciente o diagnóstico de morte fetal é delicado, na medida em que gera ansiedade e insegurança no profissional encarregado de transmitir esta má notícia (Montero et. al., 2011). A maneira como esta informação será transmitida depende, sobretudo, da personalidade do profissional em questão, das experiências de vida relacionadas, bem como da maneira como ele encontra para lidar com estas situações difíceis (Kain, 2012). Percebe-se que este momento é, muitas vezes, subestimado por alguns profissionais, quando ao contrário, deveria ser atribuída significativa importância, tendo em vista que a forma como o diagnóstico de perda gestacional é comunicado pode afetar direta e indiretamente, a maneira como a mulher reagirá posteriormente (Kübler-Ross, 2005).

A assistência ao parto de um bebê, que já se encontra sem vida, também pode se constituir como uma situação delicada e incômoda para muitos profissionais da saúde. No momento do parto, cabe ao profissional de medicina e de enfermagem amparar este bebê envolto no silêncio que seu primeiro choro não preencheu. Nestes casos, a agitação própria após o nascimento de um bebê visa não à realização dos primeiros cuidados a um recém-nascido, mas a retirada deste bebê sem vida diante da mãe e o exame rápido das condições de nascimento e, conseqüentemente, de óbito dele.

Acreditando que é o melhor a ser feito, logo após o nascimento, alguns profissionais agem rapidamente retirando o bebê morto da presença da mãe (e deles próprios), com o intuito de eliminar o desconforto e o sofrimento. Não raro, eles estranham e se opõem ao desejo da mãe de ver e segurar seu filho morto nos braços, sendo esse episódio envolvido pelo silêncio, desconforto e desaprovação por parte dos profissionais, seguido de poucas informações transmitidas aos pais (Bowlby, 1989/2004).

Ao contrário do que possa parecer, tal atitude parece refletir preocupação e respeito dos profissionais pelo sofrimento que eles imaginam que a mulher esteja sentindo naquele momento. Contudo, também pode indicar a tentativa de economia de gestos e de emoções diante da dor pela morte de um filho (Freire, 2005). Nesta perspectiva, as pessoas à volta da mulher enlutada tendem a eliminar (ou diminuir) qualquer tipo de manifestação do sofrimento.

É comum ver os profissionais de saúde e pessoas próximas à mulher que sofreu a perda agindo no sentido de tentar calar o choro, convencendo-a de que foi melhor assim ou tentando fazê-la deslumbrar a possibilidade de ter outro filho, visando tamponar a falta que o feto/bebê morto deixou. Com tais atitudes, que pressupõem ajudar a enlutada a superar a perda, Freire (2005) argumenta que, na verdade, força-se a mulher a calar seu sofrimento de forma solitária.

Nas enfermarias, percebe-se que a assistência fornecida à paciente é voltada, quase que exclusivamente, para as questões biológicas. Em geral, os profissionais investigam rapidamente as queixas em relação às dores e incômodos que acometem seu corpo. É claro que este tipo de assistência é importante e necessária; contudo, a rapidez e o distanciamento, muitas vezes, adotados pelos profissionais, podem indicar, a angústia que este contato provoca neles (Montero et. al., 2011; Santos et. al. 2012).

Pesquisa realizada com enfermeiras que prestavam assistência às mulheres com diagnóstico de morte fetal em um hospital maternidade de referência do Estado do Ceará, mais especificamente na

unidade de atendimento à gestação de alto risco (Santos et. al. 2012), concluiu que aquelas profissionais reconheciam a importância de oferecer um suporte emocional na situação de perda. No entanto, as enfermeiras também percebiam seu despreparo para lidar com ocorrências que envolviam óbito fetal, o que fazia com que elas adotassem formas de se esquivar do confronto com suas próprias questões relacionadas à morte, quer seja delegando a assistência a outro profissional considerado mais sensível e mais capacitado para lidar com estas situações difíceis, quer seja atendo-se apenas aos aspectos biológicos durante o contato com a paciente. Adotar esta segunda atitude pode fazer com que muitos profissionais se comportem de maneira distante, negando, por vezes, a gravidade da situação de perda gestacional, principalmente quando se trata de uma perda precoce (Montero et. al., 2011).

Dessa forma, o modo como cada profissional de saúde lida com as questões referentes à morte e à dor da perda irá depender de diferentes fatores, tais como: sua história pessoal de perdas, de experiências com a morte e de elaboração de luto; valores da cultura em que está inserido, o que influencia sua concepção de morte e a expressão de sua dor; além da sua formação universitária e de capacitação em serviço (Kovács, 2010).

Quando ocorre uma morte fetal há um luto que precisa ser vivenciado e elaborado. O luto é compreendido como todo processo psíquico provocado pela perda do objeto, ou seja, uma reação comum após a descontinuidade da relação que se mantinha com o objeto ao qual o sujeito atribuía grande investimento afetivo (Freitas, 2000). Bowlby (1989) analisa o luto pela perda do vínculo e o interpreta funcionalmente como aspecto negativo do vínculo e uma resposta à separação.

Assim, enlutar-se é um processo de mudança de esquemas que todos vivenciam em algum momento da vida quando se deparam com uma perda significativa como a morte. O luto ainda implica em o sujeito iniciar um processo de abandono e de aprendizagem, na medida em que se abandonam certos esquemas e aprendem-se outros (Freitas, 2000).

Pires (2010) assume o pressuposto semelhante ao caracterizar o luto como um processo cognitivo que implica em o indivíduo se confrontar com a perda e com o significado dela, adaptando-se a uma nova realidade. Nesta direção, busca-se propiciar a elaboração psíquica da perda ao abrir espaço para a fala, que relata suas angústias, receios, frustrações e tristezas.

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo estudar como profissionais de saúde vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional decorrente da morte fetal. Dessa forma, buscou-se investigar nessa população os aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados à vivência deles sobre a situação de perda gestacional a fim de compreender como estes profissionais se sentem ao comunicar a notícia de morte fetal e ao cuidar da mulher nesse momento difícil de perda.

Método

A pesquisa seguiu um delineamento descritivo qualitativo e amostra de conveniência, com participação de oito profissionais da área da saúde, dentre eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os profissionais participantes prestavam assistência direta às pacientes em situação de perda gestacional nos setores de ultrassonografia, centro obstétrico e enfermarias de uma maternidade de referência para atendimento a gestantes e recém-nascidos de alto risco, localizada no Estado do Rio de Janeiro. Com idades entre 26 e 39 anos (média de 31 anos), os profissionais tinham, em média, nove anos e quatro meses de tempo de formação profissional. Com relação ao tempo de trabalho na instituição, verificou-se que eles tinham, em média, cinco anos e oito meses. Notou-se, ainda, grande variedade nas respostas em relação à religião professada, pois alguns deles se autodeclararam como católicos (N = 1), cristãos (N = 2), kardecistas (N = 1) e evangélicos (N = 2), enquanto dois profissionais afirmaram não ter religião.

Assim, os participantes foram caracterizados como uma equipe com profissionais jovens, mas que possui tempo médio considerável de anos de formação (acima de 9 anos em média) e bom período de experiência na instituição (acima de 5 anos).

Os profissionais foram abordados e convidados a participar de uma entrevista individual, quando foram esclarecidos os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (CAEE N. 10929612.0.0000.5275, de 22/02/2013). Em data e hora previamente agendadas de acordo com a disponibilidade do participante, as entrevistas foram realizadas com duração média de 20 min., tendo sido gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Para tanto, foi utilizado um roteiro de entrevista aberta, elaborado especialmente para a pesquisa, denominado “Assistência à mulher enlutada”. O roteiro continha uma pergunta disparadora, a partir da qual a entrevista se desenvolvia: Como é, para você, ter que assistir a uma paciente que passou por uma perda gestacional?. Além disso, no início de cada roteiro existiam itens adicionais para registro de dados gerais para caracterização dos profissionais, como: função desempenhada na instituição (profissão), idade, religião, tempo de formação e o tempo de experiência profissional na instituição.

Os dados das entrevistas, ou seja, os relatos verbais dos entrevistados foram analisados de acordo com a metodologia de análise do conteúdo de Bardin (1977), resultando nas seguintes categorias: a) comunicação do óbito de um bebê, b) lidando com a paciente enlutada e c) sentimentos dos profissionais diante da mulher com perda gestacional.

É importante pontuar que todos os profissionais receberam nomes fictícios para preservar o sigilo de suas identidades.

Resultados e Discussão

Notou-se grande variedade nas respostas dos profissionais à pergunta disparadora “Como é para você, ter que assistir uma paciente que passou por uma perda gestacional?”. Os relatos verbais dos profissionais serão apresentados descritivamente de acordo com as categorias de análise encontradas e anteriormente citadas.

Comunicação do óbito de um bebê:

A comunicação da notícia do óbito do bebê aos pais é sempre um momento delicado, encarado por alguns profissionais como uma situação que os deixam desconfortáveis e apreensivos pela incerteza quanto a melhor forma de comunicar a perda (Montero et. al., 2011), como indica o relato:

... Aí você fica um pouco, assim, apreensiva porque você não sabe como conversar, como contar e também como acalmar aquela mãezinha.... ... Às vezes, pode ser, nossa, uma fatalidade, não é erro nosso, mas é sempre desconfortável. Eu ainda tenho um pouquinho de dificuldade de lidar com isso e tentar acalmar a mãezinha e tentar confortar...” (Nilma, médica, 29 anos).

Para alguns médicos, a dificuldade maior na assistência à mulher com perda gestacional parece ser a comunicação do óbito fetal, mais do que a assistência médica posterior. De acordo com o relato abaixo, tal dificuldade pode estar ligada, dentre outras coisas, ao mal-estar gerado pela personificação da notícia ruim no médico:

Eu acho que pior é dar a notícia, é óbvio que assistir no parto também é ruim, mas eu acho que pior é você dá a notícia. Você é o mensageiro da morte, né? O mensageiro da má notícia, então... (Tito, médico, 39 anos).

Na análise geral do relato dos oito profissionais entrevistados, percebeu-se que os médicos apresentavam maior dificuldade, quando comparado aos profissionais de enfermagem, para aceitar que o óbito foi inevitável e que ele não pôde fazer algo para reverter a situação. Somado a ideia do médico ser o mensageiro da notícia ruim, como descrito acima, associam-se questões subjetivas relativas à dificuldade de lidar com a morte/perda. Tal incômodo também pode estar relacionado ao impasse que este profissional se encontra, configurado, como afirma Pires (2010), pelo conflito entre o “compromisso com a vida” (p.143) e a aceitação de que a morte ocorreu.

Assim, torna-se legítimo para o profissional, que tem o dever de salvar da morte, questionar-se quanto à aceitação da morte contrapondo-se ao dever de impedir que ela aconteça. A seguir, o relato de Jonas, que trata desta questão e expõe sua dificuldade em aceitar a morte sem pensar que houve falha pessoal e/ou profissional:

Ai... porque... é ruim, é isso, é a sensação de falha e a gente que faz medicina tem esse "sintominha" de querer dá conta das coisas, né? Então você fica assim: "aí que droga", "será que eu devia ter feito alguma coisa?", essa pergunta fica assim, por mais que você leia no livro e veja que era assim, fiz tudo, ela fazia exame todo dia e morreu porque morreu e não tinha como evitar essa morte.... Eu acho que vem da profissão, porque eu acho que não é sentimento de culpa exatamente, é... aquela coisa de obstinação mesmo, aquele pensamento: "queria resolver isso", eu tenho esse desejo, queria dar conta dessas coisas que a gente não dá conta ainda. Quem sabe a gente consiga um dia. (Jonas, médico, 31 anos).

É comum as pessoas construírem concepções positivas quanto à instituição hospitalar maternidade. Tem-se em mente, comumente, que este é um local onde a vida tem início e que o nascimento constitui-se um momento feliz, como discutido anteriormente. Constatou-se que os médicos, nesta pesquisa, também possuem concepções semelhantes e sentem-se afetados emocionalmente quando o nascimento não ocorre como esperado, como exemplifica os relatos a seguir:

Uma das maiores vantagens da obstetrícia é que a gente lida com a vida, né? ... Geralmente o final é feliz, ocorre tudo bem. Então, quando acontece uma morte e, principalmente quando é mais no final da gestação.... O impacto é ruim para todo mundo. (Tito, médico, 39 anos).

É difícil perder alguém, ainda mais na nossa área perder um bebê, que seria um momento de felicidade, porque o que eu acho que o normal, que a gente espera, é mandar embora a mãe, o bebê, o pai e uma malinha. Então, acontece de alguém não sair junto é que tem alguma coisa errada. (Nilma, médica, 29 anos).

No período de internação, que pode variar entre 24 e 48 h, os profissionais de saúde precisam lidar com o luto da mulher em processo de perda gestacional, mais propriamente os sentimentos decorrentes da morte, assim como com os seus próprios durante o atendimento. Esta assistência abarca grandes desafios, tendo em vista que a mulher encontra-se fragilizada emocionalmente e ainda enfrenta o contato direto com puérperas e seus bebês, na enfermaria coletiva.

Lidando com a paciente enlutada

Na instituição em que a pesquisa foi conduzida, um dos primeiros procedimentos que a equipe de enfermagem se preocupa quando recebe uma paciente com diagnóstico de perda gestacional é decidir para qual enfermaria do alojamento conjunto a mesma será direcionada, após realização do procedimento no centro obstétrico. A escolha do leito é muito delicada, pois há uma preocupação em não internar a paciente com perda gestacional na mesma enfermaria com outras mulheres que acabaram de ganhar seus bebês, como parece demonstrar o relato: *"A gente tenta colocar em enfermaria separada, né, junto com gestante, evita colocar junto com os bebezinhos. (Nádia, enfermeira, 26 anos).*

Percebe-se que há uma tentativa, por parte da equipe, de poupar a paciente deste encontro com outros bebês e suas mães, logo após a perda. Contudo, nem sempre este afastamento pode ocorrer, pois, por vezes, é necessário direcionar a paciente para uma enfermaria com puérperas e seus bebês, pelo número limitado de leitos por enfermaria. Nesses casos, quando a mulher enlutada chega ao seu leito, ela e toda equipe, precisam lidar com esta situação, como relata Elvira:

Mas foi uma situação... que eu fiquei me sentindo no lugar dela, né? E se eu teria a mesma atitude que ela ou se eu conseguiria segurar a barra entre aspas, né? De apenas chorar comigo e ver a felicidade de outras mães. (Elvira, téc. Enfermagem, 26 anos).

A forma como a mulher consegue enfrentar a situação de perda é um importante fator a ser considerado, pois isto balizará, dentre outras coisas, a interação do profissional com a paciente. Dito de outra maneira, a forma como a mulher consegue lidar com a perda irá interferir na assistência prestada a ela:

Por isso que eu falo que tudo depende de como a paciente está reagindo. ... se você pega uma paciente muito chorosa, você vai se envolver. Ali na frente dela, você tem que ser profissional, você tem que ser séria, você vai né, fazer a entrevista com ela, fazer a anamnese com ela, mas você acaba se envolvendo mesmo. Gente! A pessoa fala que você se acostuma, mas... eu não acostumei ainda não. (Nádia, enfermeira, 26 anos).

Como visto na literatura (Montero et. al., 2011; Santos et. al. 2012), os profissionais criam estratégias para manejar o desconforto e a ansiedade gerados neles em consequência da situação de morte, como, por exemplo, manter certo distanciamento a fim de diminuir sua angústia e não se envolver ou se mobilizar com a dor da paciente, como exemplifica o relato:

A gente acaba enfrentando isso no dia-a-dia e eu acho que, de certa forma, a gente é um pouquinho frio, eu acho que também é uma forma de proteção porque é difícil perder alguém, ainda mais na nossa área perder um bebê... (Nilma, médica, 29 anos).

Outra estratégia utilizada pelos profissionais entrevistados para evitar contato com o sofrimento da mulher enlutada e com o seu próprio é atuar em setores da maternidade que não haja, obrigatoriamente, contato direto com este tipo de paciente: *“Na UTI eu lido um pouco melhor, porque eu não tenho que dar notícia pra ninguém e eu não tenho muito contato com a mãe, mas aqui [enfermaria] como a gente trabalha com elas, é muito difícil”*. (Luci, enfermeira, 26 anos).

Esta estratégia do profissional de saúde, de distanciar-se da dor da paciente, visando proteger-se do impacto que aquele sofrimento pode causar nele, pode apontar para o sentimento de despreparo que sente em lidar com estas situações de perda, o que é corroborado pela literatura (Santos et. al. 2012) e exemplificado pelo relato a seguir: *“É, eu acho que até nós profissionais de saúde, como a parte médica, a gente também não é preparado emocionalmente pra lidar com isso.”* (Nilma, médica, 29 anos).

É interessante mencionar que, na maioria dos casos em que os profissionais de saúde afirmaram não se sentirem preparados para lidar com situações de perda gestacional, se tratavam de profissionais com menos tempo de atuação na instituição, se comparado com aqueles que se consideraram preparados. A literatura indica que um dos fatores que pode facilitar aos profissionais de saúde a lidarem melhor com questões críticas de sua prática assistencial seria o tempo de experiência profissional, já que quanto maior o tempo de experiência, maior o preparo para lidar com situações de morte (Cavalheiro, Moreira Junior & Lopes, 2008; Shimizu, 2007). Este dado convida-nos a refletir sobre outros fatores que influenciam na modificação das concepções e práticas do profissional de saúde ao longo do tempo de sua experiência.

Igualmente, em nosso estudo destacaram-se as expectativas do casal sobre a gestação precocemente encerrada como outro fator que influencia a percepção dos profissionais sobre a situação e, conseqüentemente, sua prática assistencial. Nas entrevistas, verificou-se que para grande parte da equipe (87,5%), a perda gestacional é uma situação que mobiliza o profissional que presta assistência à mulher, sobretudo quando o bebê é muito esperado pelos pais.

Alguns profissionais afirmam se sentir pessoalmente afetados pela perda que a mulher sofreu; contudo, ainda consideram que sua prática assistencial não sofre interferência disso. Esta concepção pode estar relacionada à ideia de separação entre aquilo que é de ordem emocional daquilo que é de ordem pessoal, como parece exemplificar a fala a seguir:

Não, não me afeta na realização da... dos meus... da minha assistência não, mas fico assim, comovida pela situação da paciente entendeu? ... É importante! Tem que separar porque senão você não vai ajudar a paciente nem de uma maneira nem de outra. Você não vai ser a pessoa que vai se comover com aquilo e também não vai fazer sua assistência adequada, entendeu? Então, eu

acho que é importante separar sim, o profissional do emocional. Na nossa área é essencial, não tem como.” (Micaela, enfermeira, 34 anos).

Ainda com relação à dificuldade de aproximação da mulher enlutada, a disponibilidade pessoal e de tempo foram mencionados como fatores que causam impacto na maior ou menor aproximação e assistência despendidas à paciente com perda gestacional, como demonstra o relato abaixo:

Às vezes, a paciente está enfrentando aquela raiva e... a gente joga logo pra o psicólogo (risos). Porque é uma questão que te ocupa o tempo. E a enfermagem, às vezes, a gente se perde em outras coisas, né? no cuidado técnico: do administrar um medicamento, do aferir os sinais vitais, do arrumar a cama e a gente acaba deixando de lado o cuidar do outro, como um todo, que seria o caso de ficar ali ouvindo. Então, tem alguns momentos que a gente não tem essa disponibilidade. E, aí entra aquelas coisas que eu te falei, entra aqueles fatores também: como eu estou naquele dia? ... você acaba se atentando mais ao cuidado técnico, que é o cuidado de outra forma. (Amélia, téc. Enfermagem, 38 anos).

Este relato mostra-se particularmente interessante, pois indica a organização da rotina de trabalho na enfermagem como um fator que impossibilita o profissional ter flexibilidade e mobilidade, pela grande demanda de pacientes para o número reduzido de profissionais. Além disso, demarca a rotina de cuidados na enfermagem, a qual a equipe de enfermagem se limita, muitas vezes, aos cuidados físicos, foco principal da sua prática. Nessa perspectiva, indica-se a figura do psicólogo como auxiliar direto da paciente em suas questões emocionais atreladas à perda.

Por outro lado, apresenta uma questão importante a ser discutida: a disponibilidade pessoal para dispor de tempo para acolher e ouvir o sofrimento da paciente. Tal relato parece indicar que, ao preocupar-se em investigar os aspectos emocionais referentes à perda, o profissional está fazendo algo a mais por aquela mulher, que se configura numa ação que vai além da sua função de cuidados físicos. Esta afirmativa de Amélia parece refletir, ainda, a imagem que os outros profissionais constroem do psicólogo, caracterizada como aquele que, muitas vezes, dispõe de tempo para escutar a mulher e dar atenção aos sentimentos gerados pela perda de um filho.

Com efeito, o psicólogo possui uma escuta diferenciada pautada na singularidade do indivíduo, que busca acolher as demandas psíquicas e possibilitar a elaboração da experiência emocional a fim de facilitar o enfrentamento da situação traumática vivida (Ribeiro, 2013). No entanto, ao se mostrar interessado em saber como a mulher está conseguindo lidar com a perda, o profissional, tanto médico quando enfermeiro, não ocupa o lugar do psicólogo, mas age no sentido de cultivar e valorizar uma prática humanizada de acolhimento.

Sentimentos dos profissionais diante da mulher com perda gestacional

Constatou-se que durante a assistência à mulher enlutada, os profissionais participantes assumiam uma postura de colocar-se no lugar da mulher que sofreu a perda, refletindo sentimentos de solidariedade e empatia, como demonstra o relato a seguir:

Se aconteceu porque a paciente teve algum problema durante a gestação eu fico bem assim (PAUSA)... triste pela paciente, né? Porque eu sou mãe e eu sei que a perda de um filho em qualquer idade, mesmo que seja gestacional, é relevante. Então, eu fico, comovida com aquela situação. (Micaela, enfermeira, 34 anos).

A falta do que dizer à paciente foi um dos motivos mencionados para justificar a dificuldade de aproximação da mulher enlutada, principalmente daquelas mais emocionalmente reativas. É comum o profissional de saúde sentir-se despreparado e impotente, principalmente nas situações em que a mulher está mais chorosa e mostrando-se deprimida:

Mas lidar com essa situação é muito difícil.... Você também não tem muito o que dizer... Às vezes, um sentimento de impotência também toma conta da gente, quando você vê que a mãe está muito triste, a mãe está deprimida, você também fica impotente.... (Elvira, téc. Enfermagem, 26 anos).

É importante frisar que os sentimentos de impotência e frustração foram mencionados por profissionais de enfermagem e de medicina, com sentidos semelhantes. Isto nos faz acreditar na proximidade entre tais discursos apesar da diferença de categoria profissional. Como descrito no relato acima, a técnica de enfermagem fala sobre a impotência que sente ao ver a tristeza e a dor da paciente enquanto a assiste na enfermaria, ao passo que se vê limitada para ajudá-la a superar seu sofrimento. Enquanto o médico fala sobre a frustração que sente ao fornecer assistência à paciente com diagnóstico de perda gestacional, com o pensamento/questionamento do que poderia ter feito a mais para impedir que o óbito acontecesse como exemplifica o relato abaixo:

Acho que é uma sensação de frustração muito grande. Independente da gente saber, racionalmente que nada poderia ter sido feito, que a morte foi inevitável... Por mais que você diga "não, fizemos tudo certo, que tinha que fazer", "tudo certo", "não era pra ter operado porque não tinha indicação cirúrgica", "morreu e ia morrer de qualquer forma", mas tenho a sensação de frustração, de que... sei lá (rs). (Jonas, médico, 31 anos).

A aproximação entre os discursos do técnico de enfermagem e do médico parece-nos perfeitamente possível, tendo em vista que ambas as categorias profissionais veem-se limitadas na assistência à paciente em situação de perda gestacional. Contudo, o médico questiona-se quanto a sua capacidade de impedir a perda, enquanto o técnico de enfermagem questiona-se quanto a sua capacidade de ajudar a mulher a superar a perda.

Considerações Finais

A partir da discussão tecida ao longo deste trabalho, pode-se afirmar que os profissionais de saúde são afetados pela situação de morte fetal ou perda gestacional, ainda que de maneira singular. Lidar com a paciente enlutada põe em cheque suas próprias convicções e crenças, bem como propicia o questionamento de sua prática profissional. A morte fetal coloca o profissional em confronto com as limitações da sua prática profissional, fazendo-o lembrar de que há um limite para a sua intervenção, para sua missão de salvar vidas.

Os profissionais de saúde, comumente, utilizam estratégias para proteger-se psiquicamente do sofrimento vivenciado por sua paciente, tais como demonstrar pouco envolvimento e afeto na assistência à paciente; atuar em setores da maternidade nos quais tenha pouco ou nenhum contato com a mulher que vivencia perdas e delegar a outro profissional de saúde a assistência de mulheres enlutadas, por reconhecer sua limitação pessoal.

Percebe-se que, para os médicos, o confronto com este limite de atuação é ainda mais impactante, pois põe em cheque o compromisso e o dever com esta missão de salvar vidas, discutida ao longo do presente trabalho. Nas entrevistas dos profissionais da equipe de enfermagem, percebe-se que há uma preocupação maior em ajudar a mulher a superar o óbito fetal. Contudo, muitos profissionais afirmam não se sentir preparados para isso e solicitam para tal a atuação da equipe de psicologia.

Os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa, mencionaram sentimentos de solidariedade, empatia, impotência, frustração, tristeza e limitação, como inerentes a assistência à mulher enlutada por perda gestacional. Dessa forma, viabilizar um espaço para a elaboração da experiência vivida na assistência à paciente em situação de perda gestacional precisaria ser uma preocupação institucional, que envolva toda a equipe e não somente o profissional especializado em saúde mental.

Conclui-se como essencial a necessidade de estarmos atentos à complexidade da relação entre equipe de saúde, paciente e familiar, neste momento de perda. Além de estarmos sensíveis às manifestações das emoções e comportamentos dos profissionais de saúde a fim de ajudá-los a elaborar, também, questões subjetivas que a perda gestacional reverbera neles próprios. O trabalho em equipe interdisciplinar pode contribuir muito para a assistência integral à paciente, além de auxiliar ao próprio profissional de saúde a lidar com suas angústias frente à assistência de mulheres que vivenciam a perda gestacional.

Referências

- Assunção, A. T & Tocci, H. A. (2013). Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem UNISA*, 4, 5-12.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). *Uma Base Segura*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (2004). *Apego e perda: perda, tristeza e depressão* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. edição – Brasília : Ministério da Saúde, 96 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- Cavalheiro, A. M; Moura Junior, D. F & Lopes, A. C. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (1), 29-35.
- Freire, M. C. B. (2005). *O Som do Silêncio: a angústia social que encobre o luto - Um estudo sobre isolamento e sociabilidade entre enlutados do cemitério Morada da Paz*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Fretts, R. C. (2005). Etiology and prevetions of stillbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 193, 1923-35.
- Kain, V. J. (2012). An exploration of the grief experiences of neonatal nurses: A focus group study. *Journal of Neonatal Nursing*. 19(2), 80-88.
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer: o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 8ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Montero, S. M. P.; Sánchez, J.M.R.; Montoro, C.H.; Crespo, M.L.; Jaén, A.G.V.; Tirado, M.B.R. (2011, novembro/dezembro). A experiência da perda perinatal a partir da perceptiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405-1412. Recuperado em 12 de dezembro de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600018&script=sci_arttext&tlng=pt
- Nazaré, B.; Fonseca, A.; Pedrosa, A. A. & Canavaro, M. C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia - Revista Portuguesa de Psicologia*, 3, 37-46.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em fase Terminal – Perspectiva Ética* (2ª ed.) Loures: Lusodidacta.
- Pires, C. (2010). Luto: Processo de viver a morte. In Corrente Dinâmica (Org.). *Emoções em Saúde* (pp. 142-151). Ourém, Portugal. Recuperado em 23 de julho de 2013, de <http://pt.scribd.com/doc/95143679/emocoos-em-saude>
- Ribeiro, A. A. S. (2013). A escuta clínica no hospital geral: uma questão. *Revista de Psicologia de um Curso a um Discurso*. 1(1), 26-28. Recuperado em 15 de janeiro de 2014, de <http://npa.newtonpaiva.br/psicologia/e5-05-a-escuta-clinica-no-hospital-geral-uma-questao/>
- Santos, C. da S.; Marques, J. F.; Carvalho, F. H. C.; Fernandes, A. F. C.; Henriques, A. C. P. T.; Moreira, K. A. P. (2012). *Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal*. *Escola de Enfermagem Anna Nery*. 16(2), 277-284. Recuperado em 01 de setembro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/10.pdf>
- Shimizu, H. E. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 257-62.

Recebido em 15/05/2014

Aceito em 16/03/2015

Luana Freitas Simões Lemos: psicóloga formada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialista em saúde perinatal, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Ana Cristina Barros da Cunha: professora associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenadora acadêmica de psicologia do Programa de residência multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola na mesma universidade; professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil.