



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANDRIELLY CAVALCANTE FONSECA

**“NÃO SEI PORQUE VOCÊ SE FOI, QUANTAS SAUDADES EU SENTI”:
VIVÊNCIAS DE MULHERES EM LUTO PERINATAL**

Cuité-PB

2022

ANDRIELLY CAVALCANTE FONSECA

**“NÃO SEI PORQUE VOCÊ SE FOI, QUANTAS SAUDADES EU SENTI”:
VIVÊNCIAS DE MULHERES EM LUTO PERINATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, em cumprimento às exigências legais como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Glenda Agra.

Cuité-PB

2022

F676n Fonseca, Andrielly Cavalcante.

“Não sei porque você se foi, quantas saudades eu senti”: vivências de mulheres em luto perinatal. / Andrielly Cavalcante Fonseca. - Cuité, 2022.

54 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2022.

"Orientação: Profa. Dra. Glenda Agra; Profa. Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima".

Referências.

1. Voilção. 2. Morte perinatal. 3. Mulheres - luto. 4. Mulheres - dor - morte perinatal. 5. Bebê - morte. 6. Mães - luto - perinatal. I. Agra, Glenda. II. Nagashima, Alynne Mendonça Saraiva. III. Título.

CDU 159.947(043)

ANDRIELLY CAVALCANTE FONSECA

“NÃO SEI PORQUE VOCÊ SE FOI, QUANTAS SAUDADES EU SENTI”:
VIVÊNCIAS DE MULHERES EM LUTO PERINATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Andrielly Cavalcante Fonseca, do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité), tendo obtido o conceito de **APROVADA**, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Glenda Agra

Orientadora-UFCG

Profa. Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima

Co-orientadora- UFCG

Profa. Dra. Gigliola Marcos Bernardo

Membro Interno- UFCG

Prof. Dr. Edmundo Gaudêncio

Membro Externo- CCBS/UFCG

*És aquele que não chegou a ser, mas de ser
para mim sempre foste.*

*És aquele que não chegou a ninguém, mas
de mim chegaste, de mim sentiste.*

*E há seres que nunca chegaram a ser, mas
serão eternizados no simples sentimento do
amor.*

*E se para ser só é preciso sentir, então
serás meu para sempre, sem mas.*

Paciente “Maria” – RAMOS, CANTA, 2020.

Dedico esse trabalho às flores enlutadas, que perderam seus tão desejados bebês e que estão atravessando a dor do luto. Gratidão por compartilharem suas experiências e sabedorias e por confiarem no meu trabalho. Hoje sei que serei uma profissional melhor após as nossas conversas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus**, que sempre é minha força e amparo, todas as vezes que pensei em desistir eu conseguia sentir a Tua presença. Os momentos em que gritei pedindo ajuda, obrigada por me atender e me acalantar. O Senhor permitiu que eu chegasse até aqui, mesmo quando eu mesma tentei me sabotar. “Pai, meu pai, meu Pai do céu, eu quase me esqueci, me esqueci. Que o Teu amor vela por mim, vela por mim. Que seja feito assim”.

À **Maria Audenice**, minha mãe, obrigada por ser essa guerreira e por me permitir sonhar, a senhora sempre me deu asas e cuidou de mim independente da distância. Obrigada por confiar em meu potencial e me levantar todas as vezes que eu estive desabando. Perdoai-me por nem sempre ter sido uma boa filha, por não te compreender várias vezes, me perdoa! A senhora é o motivo de tudo isso. Olha aí mainha, sua menina está se formando. Sempre nós duas, uma pela outra, para sempre. “Quero colo, vou fugir de casa, posso dormir aí com você?”. Te amo!

À **Gildázio Fonseca**, meu painho, que sempre confiou e acreditou em mim, obrigada de verdade! Todas as vezes que eu mesma não confiava em mim, o senhor sabia que eu era capaz. Desde criança o senhor foi a pessoa que mais se orgulhou e que mais me incentivou a voar. Te amo demais! Daqui para frente só quero te dar orgulho.

À **Maria Francisca Cavalcante**, o motivo do meu sorriso, meu carinho, minha calma em meio à tempestade. Como é bom viajar quilômetros para ver seu sorriso, como é bom saber que a senhora está lá me esperando para cuidar de mim. Durante a graduação todo o seu amor foi fundamental para que eu conseguisse continuar.

À **minha família**, gratidão por vocês sempre cuidarem de mim e demonstrarem todo orgulho e confiança em meu esforço e em meus estudos. Sim gente, agora vou ser enfermeira mesmo! Tio Tatá, agora, pode contar para todo mundo e mostrar seu orgulho como sempre mostrou. Tia Hermina e Priscila, nunca esqueço que lá trás nos tempos difíceis quando sai de casa aos 16 anos, cada uma me presenteou com coisas necessárias para que eu pudesse seguir, foi a forma de vocês me apoiarem. Amo todos vocês.

À **Natan Welligton**, obrigada por ter sido o meu companheiro, o meu amigo e por me ajudar a continuar em Cuité durante todos esses anos. Você foi minha família! Todo esse sofrimento que estamos passando vai passar! Eu te perdoo e desejo que você

seja tão feliz quanto você me fez ser durante todos esses anos. Perdoai-me se eu não consegui continuar, mas te amo!

À **Camila e Maria Clara**, as irmãs que eu escolhi e que Deus colocou na minha vida! Que sorte a minha ter vocês por perto! Obrigada pelos conselhos, pelo colo, pelas farras para desopilar, por sempre acalmarem meu coração e por cuidarem de mim quando eu achei que não conseguiria seguir, por acreditarem em mim e sempre me apoiar a crescer, mais e mais. Deus foi muito maravilhoso comigo por me permitir ter vocês na minha vida, nós três somos para sempre!

À **Renata, Natália e Monique**, minhas três companheiras de curso, cada uma em seu momento, cada uma com sua personalidade forte, cada uma sempre apoiando a outra da sua maneira. Foi tão bom compartilhar com vocês esse ciclo da minha vida! Gratidão por vocês serem assim exatamente do jeitinho que são. Obrigada pelas muitas vezes que na distância da minha família, vocês se fizeram presentes e foram a minha família. Amo vocês demais!

À **Dinária e Patrício**, meus amigos e padrinhos de Universidade, que desde o primeiro período qualquer dúvida eu corria para vocês dois, várias vezes chorando ou com raiva, achando que não ia conseguir, que não sabia como fazer, e vocês sempre pacientes, amigos e muito prestativos. Admiro vocês demais! Cada conquista minha na Universidade, devo a vocês! Já fui chamada de filha de vocês dois e não é para menos, né?! Obrigada! Amo vocês!

À **Glenda Agra**, Glendinha, mãezona! Você tem vários apelidos carinhosos que fazem jus ao ser de luz que você é. Obrigada por me dar oportunidade e por confiar em mim para ser sua extencionista, por participar do NECUP e por aceitar ser a minha orientadora. Desde que começamos a trabalhar juntas, além de professora, você virou minha amiga, sou muito grata pelas conversas, compreensão, cuidado e amizade que sempre teve por mim. Amo você!

À **Banca Examinadora, Alynne Nagashima, Edmundo Gaudêncio, Gigliola Bernardo** por aceitarem participar da banca do meu Trabalho de Conclusão de Curso e por dedicarem seus olhares sensíveis e afetuosos a este trabalho.

Às **minhas flores**, que aceitaram não só participar da pesquisa, mas desabafaram suas dores, suas angústias, seus medos, seus sofrimentos! Compartilharam suas histórias

de vida e seus processos de atravessamento do luto! Obrigada pela confiança! Esse trabalho é de vocês e é para vocês!

Ao **corpo docente** da Universidade, sempre muito competentes e determinados a nos transmitir conhecimento, técnica, sem deixar de explorar nosso lado humano. Gratidão!

Cuité. Eu cheguei nessa cidade sem conhecer ninguém e sem imaginar que existia, foi onde eu amei, fui amada, cresci, construí e também sofri. Obrigada Cuité por ter me acolhido e por me proporcionar viver tanto, sempre serás a minha saudade. Agradeço ao meu belíssimo Campus CES, que me ajudou a realizar meus sonhos e me tornar quem eu sou, saudades de cada cantinho desse lugar.

RESUMO

O luto perante a morte perinatal é específico e diferente de uma perda real, uma vez que a mãe nunca conheceu o objeto do seu luto e a morte repentina do bebê representa também a perda de uma identidade maternal. É neste momento, após o conhecimento de que algo que não aconteceu, que as expectativas e os desejos de gerarem uma vida ficam proibidos, e o sofrimento e a reação à perda tomam repercussões. Este estudo tem como objetivo geral investigar as vivências de mães em luto perinatal. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com mulheres em luto perinatal acompanhadas pela equipe multiprofissional de uma maternidade pública da Paraíba. Participaram da pesquisa dezoito mulheres com idades entre 18 e 46 anos, que vivenciaram a perda perinatal aproximadamente a partir da 9ª semana de gestação até 20 dias de nascido. A partir dos discursos das mulheres enlutadas foi possível elaborar duas categorias temáticas: Categoria Temática 1 - Processo de enlutamento, que foi dividida em três subcategorias: Subcategoria 1 – Luto antecipatório; Subcategoria 2 – Trabalho do luto e Subcategoria 3 – luto mal elaborado e Categoria Temática 3 - Processo de cuidar à parturiente, que foi dividida em duas subcategorias: Subcategoria 1 – Cuidado autêntico e Subcategoria 2 – Cuidado inautêntico. De forma geral, observou-se que a maioria das mulheres elaborou a perda de seus bebês, atravessou o trabalho de luto, experimentando sentimentos de choque, negação, culpa, ambivalência, e, com isso, ressignificando suas dores, contudo, outras mulheres não conseguiram elaborar a perda do bebê morto. No que se refere ao processo de cuidar, observou-se, de forma geral, uma lacuna na assistência humanizada às mulheres, sobretudo no período intraparto e puerperal. Considera-se imprescindível e urgente à elaboração e a implantação de uma política pública voltada para o luto perinatal, desde o puerpério imediato até o seu retorno domiciliar, que poderá ser conduzido por toda a equipe de saúde multiprofissional da Atenção **Básica** de Saúde.

Palavras-chave: Mulheres. Luto. Morte perinatal.

ABSTRACT

Mourning in the face of perinatal death is specific and different from a real loss, since the mother has never known the object of her mourning and the sudden death of the baby also represents the loss of a maternal identity. It is at this moment, after the knowledge that something that has not happened, that the expectations and desires to generate a life are forbidden, and suffering and reaction to loss take repercussions. This study aims to investigate the experiences of mothers in perinatal mourning. This is an exploratory research, with a qualitative approach, carried out with women in perinatal mourning accompanied by the multidisciplinary team of a public maternity hospital in Paraíba. Eighteen women aged between 18 and 46 years who experienced perinatal loss from the 9th week of pregnancy to 20 days of birth participated in the study. From the discourses of the bereaved women it was possible to elaborate two thematic categories: Thematic Category 1 - Grieving Process, which was divided into three subcategories: Subcategory 1 - Anticipatory mourning; Subcategory 2 - Grief work and Subcategory 3 - poorly elaborated grief and Thematic Category 3 - Process of caring for the parturient, which was divided into two subcategories: Subcategory 1 - Authentic care and Subcategory 2 - Inauthentic care. In general, it was observed that most women elaborated the loss of their babies, went through the work of mourning, experiencing feelings of shock, denial, guilt, ambivalence, and, thus, resignifying their pains, however, other women could not elaborate the loss of the dead baby. With regard to the care process, there was, in general, a gap in humanized care to women, especially in the intrapartum and puerperal period. It is considered essential and urgent to develop and implement a public policy focused on perinatal mourning, from the immediate puerperium to its home return, which can be conducted by the entire multidisciplinary health team of Primary Health Care.

Keywords: Women. Mourning. Perinatal death.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	13
2. METODOLOGIA.....	16
2.1 Tipo de pesquisa	16
2.2 Local da pesquisa.....	16
2.3. Participantes da pesquisa.....	17
2.4 Instrumento da pesquisa	17
2.5 Coleta de dados.....	18
2.6 Análise de dados.....	18
2.7 Considerações éticas.....	19
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
Categoria temática 1 – Processo de enlutamento	21
Subcategoria 1 - Luto antecipatório.....	22
Subcategoria 2 – Trabalho de luto	24
Subcategoria 3 – Luto mal elaborado	29
Categoria Temática 3 – Processo de cuidar à parturiente.....	31
Subcategoria 1 – Cuidada autêntico	32
Subcategoria 2 – Cuidado inautêntico	33
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE	48
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	48
ANEXOS	50
ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	50
ANEXO B- APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA	51



A cama voadora, 1932 – Frida Kahlo

Fonte: <https://cultura.estadao.com.br/fotos/artes,hospital-henry-ford-a-cama-voadora-de-1932,762381>

1.INTRODUÇÃO

A gestação é um período complexo na vida da mulher em que apresentam alterações biopsicossociais, as quais vão se intensificando de acordo com o período gestacional. É durante este período que a mulher apresenta expectativas, fantasias e sonhos em torno da gravidez, parto e puerpério (TOTES; SEIDL, 2016; ALVES; BEZERRA, 2020).

A gestação é uma fase em que a mulher projeta expectativas com a chegada do bebê saudável, porém existem fatores de riscos e complicações obstétricas que podem ser potencialmente fatais ao feto. Dentre estes fatores de riscos e complicações obstétricas, estão as comorbidades, hemorragia, infecções, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, prematuridade, a realização equivocada ou a ausência de do pré-natal, readmissão hospitalar de recém-nascidos, os quais impedem a concretização das expectativas (MOURA *et al.*, 2018).

A morte perinatal é um excelente indicador de saúde materno infantil, devido à maioria dos casos de óbitos perinatais serem evitáveis e está relacionado às vulnerabilidades sociais, programáticas e individuais da mulher. Essas vulnerabilidades levam a complicações obstétricas e o desfecho de óbito perinatal, os números de casos são difíceis de reduzir, pois dependem de ações dirigidas à qualidade de atenção voltada ao pré-natal, parto e ao recém-nascido (ANUNCIAÇÃO *et al.*, 2019; DEVINCENZI; SCHRAIBER, 2019).

O luto como uma resposta normal, saudável, dinâmica, universal e individual à perda de um indivíduo. Além disso, o luto é considerado uma reação primária emocional na sequência da morte de alguém significativo que comporta diferentes manifestações psicológicas, comportamentais ou somáticas. O luto implica, então, um conjunto de sentimentos fortes, exigindo assim uma nova adaptação à realidade (MOREIRA, 2016; FARREN *et al.*, 2018; OLIVEIRA, 2020).

O luto deve ser valorizado e acompanhado, caracterizando-o como uma fase de expressão dos sentimentos perante uma perda, na qual são evidenciados o choque e o desejo, mas também a fase de aprendizagem de que a morte deve ser tornada real e sentida como um estabelecimento de novas concepções sobre o mundo (FARREN *et al.*, 2018; OLIVEIRA, 2020).

No caso da perda gestacional, estar em luto pode ser uma tarefa complexa e difícil por diversas razões (FARREN *et al.*, 2018). De acordo com Moreira (2016) e Oliveira (2020), é uma morte que ocorre inesperadamente quando uma nova vida é esperada, e que, em muitos casos, apesar de não existir uma criança visível, as memórias e experiências desejadas são igualmente lamentadas.

No processo de luto existem dois constituintes identificáveis: a perda e a reação característica. A perda, sendo real, caracteriza a perda de uma pessoa, um animal ou um objeto querido, podendo também ser simbólica – a perda de uma expectativa, um ideal ou uma potencialidade. No caso da perda gestacional, o casal encontra-se perante um luto e uma perda real pois o feto existiu e mostrou evidências disso, mas também simbólica, dado que o desejo e as expectativas iam crescendo no decorrer da gravidez. Torna-se, portanto, uma perda cruel, que além de retirar a uma mãe ou a um pai, um filho, retira-lhes também o sonho e a oportunidade de serem pais (MOREIRA, 2016; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2018; FARREN *et al.*, 2018; OLIVEIRA, 2020).

A perda de um filho é uma experiência dolorosa, intensa, revoltante e, geralmente, e permeada de sentimentos de impotência vivenciados pelos pais. Quando existe a morte perinatal, os pais enfrentam um processo de luto muito sofrido diante da perda do filho desejado. Para que ocorra o processo de elaboração de luto e ressignificação da perda, é fundamental que os pais tenham liberdade para viver e expressar o seu pesar, a dor da perda e o luto. Para isso, se faz necessário que receba atenção qualificada e suporte de profissionais de saúde que acompanham esse momento (PEREIRA *et al.*, 2018).

O luto perinatal é definido como uma etapa vivenciada com intensa frustração de expectativas que envolviam à gestação e que pode levar ao temor e ao sofrimento intenso para aqueles que o vivencia. Muitas vezes, esse período é permeado de medo, angústia, estressores psicológicos, culpa, raiva, desamparo e impotência. Com isso, os pais, sobretudo, as mães podem desenvolver alguns transtornos psicológicos, tais como síndrome do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático e depressão (LAGUNA *et al.*, 2021).

O impacto da morte perinatal vai além dos pais; estende-se à família, amigos e à equipe de saúde, sobretudo aos enfermeiros obstetras, pois são os profissionais que acompanham a gestante durante todo o pré-natal, parto e puerpério e, muitas vezes,

encontram dificuldades para abordar e até para empreenderem os cuidados necessários à mulher com morte perinatal e em luto perinatal (BINNIE, 2020).

Estudo realizado com graduandas de obstetrícia durante o último ano de formação mostrou que elas não se sentiam preparadas para lidar com as situações de perda perinatal, expressando dificuldades na comunicação com as famílias. Identificou, ainda, que as participantes indicaram a necessidade de mudança de papel diante de sua formação amplamente voltada ao acompanhamento de mulheres e seus bebês saudáveis na gestação, parto e nascimento com o enfoque na facilitação das relações de cuidado das mulheres com o recém-nascido. As participantes relataram que estar diante do nascimento de um bebê natimorto inativou esse papel profissional, exigindo uma nova postura (ALGHAMDI; JARRET, 2016).

Lidar com a morte é um desafio na atenção obstétrica, logo, compreender e problematizar essas questões é essencial para que o cuidado seja alicerçado nos direitos das mulheres e na integralidade da atenção, garantindo a elas e a seus familiares o atendimento de suas necessidades (NUZUM; MEANEY; O'ONOGHUE, 2018).

Além disso, também é possível observar a ausência de espaço nos processos de formação para pensar e problematizar as práticas de cuidados de enfermagem no âmbito dos casos de morte perinatal e luto perinatal (SERAFIM *et al.*, 2021).

Nesta perspectiva, é importante compreender as vivências e os sentimentos de mulheres que passaram por uma situação de morte perinatal e que estão em luto perinatal, de forma a ajudar os enfermeiros obstetras a adquirirem uma conduta que vá ao encontro dos cuidados adequados a mulheres em luto perinatal.

Com base nessas reflexões, emergiu o seguinte questionamento: quais as vivências de mães em luto perinatal?

Dessa forma, este estudo tem como objetivo geral investigar as vivências de mães em luto perinatal.

Acredita-se que a partir dos resultados deste estudo, possam ser elaboradas estratégias que viabilizem um processo de enfermagem baseado na escuta empática, acolhimento compassivo e qualificação dos cuidados para as mulheres durante a morte perinatal e em luto perinatal.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que segundo Minayo *et al.* (2007) responde a questões muito particulares. Esta autora preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Dessa forma, as investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente encadeadas. Como prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das ciências sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica.

Ainda nessa perspectiva, Minayo *et al.* (2007) assinala que na área da saúde a pesquisa social se manifesta em todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo, como as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

Em relação ao aspecto qualitativo, entende-se como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO *et al.*, 2007).

2.2 Local da pesquisa

O cenário da pesquisa foi o Hospital Especializado Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), localizado na Rua Vila Nova da Rainha, centro do município de Campina Grande- PB. A instituição se trata de uma maternidade, conta com uma equipe

multidisciplinar e instalações físicas para assistência ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência.

2.3. Participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa mulheres em luto perinatal. Para selecionar as participantes deste estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou maior que 18 anos, que vivenciaram morte perinatal e/ou que estavam vivenciando o luto perinatal. E como critérios de exclusão, mulheres que apresentassem alguma alteração na cognição, memória e fala.

Além dos critérios de inclusão e exclusão, foi adotado o critério de saturação (MINAYO, 2007; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos sujeitos da pesquisa, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos sujeitos (MINAYO, 2007; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008)

Nesse sentido, o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (MINAYO, 2007; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

2.4 Instrumento da pesquisa

Foi utilizado um formulário semiestruturado, composto por dados sociodemográficos e obstétricos das mulheres e perguntas subjetivas relacionadas à morte e luto perinatal, que visaram atender aos objetivos do estudo e que serviram de norte para uma entrevista (APÊNDICE B). Tratou-se de questionamentos pré-elaborados que foram conduzidos ao longo da entrevista sem estabelecer uma sequência rígida nas questões, por não tratar de um questionário fechado.

2.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), com número de protocolo 5.139.762 e CAAE 52712221.0.0000.0154.

Primeiramente, a pesquisadora apresentou o projeto e objetivos da pesquisa à Coordenação de Pesquisa do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), logo após, entrou em contato com a Coordenação Geral de Enfermagem do ISEA para conseguir acesso aos livros de óbitos perinatais, e, assim, encontrar dados de mulheres que tiveram óbito perinatal. Foram encontrados prontuários de mulheres com óbito perinatal. A partir desses prontuários, foram registrados os dados referentes ao endereço e contato telefônico dessas mulheres. De posse dos contatos telefônicos, a pesquisadora entrou em contato com essas mulheres, contudo, somente 18 aceitaram participar da pesquisa. O dia e a hora para a realização das entrevistas foram previamente agendados mediante o convite, a explicação sobre a pesquisa e a disponibilidade das participantes. As entrevistas ocorreram conforme a demanda das participantes e ocorreram em domicílio.

2.6 Análise de dados

Para analisar os dados foi adotada uma abordagem qualitativa sob uma base indutiva, visando identificar as concepções, crenças, motivações e atitudes dos participantes. O método empregado foi a Análise de Conteúdo considerada a mais apropriada para as investigações na área da saúde (MINAYO *et al.*, 2007).

Bardin (2011) ressalta que a análise do conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com o propósito de efetuar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens.

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo é compreendida por três etapas: pré-análise (organização do material e sistematização das ideias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações).

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo desdobra-se em três etapas:

1) A pré-análise: que inclui a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro

(palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

2) A exploração do material: consiste essencialmente na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase faz-se o recorte do texto em unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; depois, escolhem-se as regras de contagem e, posteriormente, realizam-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas que comandarão a especificação dos temas;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas e a partir daí realizam-se inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico do estudo.

2.7 Considerações éticas

Após o convite para participar da pesquisa e concordância em fazer parte do estudo, as mulheres foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo. O sigilo e a desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios utilizados obedecem à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Também foi solicitada permissão para gravar as entrevistas. A pesquisa foi realizada após a anuência do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), em Campina Grande – PB e posteriormente, autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). As entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes.

Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução nº 564//2017 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata da reformulação do Código de Ética Profissional (COFEN, 2017).

Como forma de garantir à privacidade, as participantes da pesquisa foram denominadas por nomes de flores, as quais foram escolhidas por elas mesmas (por exemplo: Lótus, Tulipa, Dália, dentre outras).

Frente à pandemia da COVID-19, no intuito de proteger pesquisadora e as participantes, foram utilizadas máscaras cirúrgicas descartáveis durante as entrevistas.

Além disso, foi disponibilizada máscara cirúrgica descartável para as participantes, álcool à 70% para higienização das mãos e desinfecção da caneta para assinatura do TCLE logo após o uso, além de respeitada a distância mínima de 1,5 metros entre a pesquisadora e as participantes, conforme protocolos de biossegurança da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2020).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa dezoito mulheres que vivenciaram óbito perinatal em uma maternidade do município de Campina Grande- PB durante o ano de 2021.

As participantes tinham idades entre 18 e 46 anos (média de 28 anos) e vivenciaram a perda perinatal aproximadamente a partir da 9º semana de gestação até 20 dias de nascido vivo, distribuídas da seguinte forma: nove natimortos, sete mortes neonatais e três abortos. De acordo com as participantes, nove planejaram a gestação e as outras nove não planejaram. No entanto, as nove participantes que afirmaram não terem planejado a gestação, expressaram desejo em ter a criança.

Das 18 participantes, constatou-se que dez mulheres eram primigestas e oito já haviam ficado grávidas anteriormente. Verificou-se que durante a gestação, nove dessas mulheres realizaram o pré-natal apenas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco realizaram em UBS e no ambulatório da maternidade, duas não chegaram a iniciar o pré-natal e uma realizou na Clínica particular e ambulatório do hospital.

Com relação ao estado civil nove afirmaram serem casadas, seis se declararam solteiras, duas afirmaram estar em uma união estável e uma, divorciada. Quanto à religião professada, treze se declararam católicas e três eram evangélicas e duas afirmaram não ter religião.

A partir dos discursos das mulheres enlutadas foi possível elaborar duas categorias temáticas: **Categoria Temática 1** - Processo de enlutamento, que foi dividida em três subcategorias (**Subcategoria 1** – Luto antecipatório; **Subcategoria 2** – Trabalho de luto e **Subcategoria 3** – Luto mal elaborado); **Categoria Temática 3** - Processo de cuidar à parturiente, que foi dividida em duas subcategorias (**Subcategoria 1** – Cuidado autêntico e **Subcategoria 2** – Cuidado inautêntico).

Categoria temática 1 – Processo de enlutamento

O luto é a reação de uma perda de um vínculo significativo entre uma pessoa e seu objeto, portanto um fenômeno mental natural e constante durante o desenvolvimento humano (DAHDAH *et al.*, 2017). Além disso, o luto é um processo lento e doloroso, caracterizado por tristeza profunda, afastamento de toda e qualquer atividade que não esteja ligada a pensamentos sobre o objeto perdido, a perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de substituição com a adoção de um novo objeto de amor (FREUD, 1915).

O processo de enlutamento é instalado para a elaboração de uma perda, que consiste no desligamento da libido a cada uma das lembranças e expectativas relacionadas à pessoa perdida, por isso, é considerado um processo lento e doloroso (CAVALCANTI; SAMCZUK; BONFIM, 2013).

A gestação é um momento que traz diversas mudanças no corpo e na mente de uma mulher; está vinculada a expectativas e desejos ligados a imaginação de uma criança “perfeita”. Alguns autores defendem a existência de três bebês na mente dos pais: o bebê fantasiado, o bebê imaginário e o bebê real. O bebê fantasiado consiste naquele idealizado antes da gestação; o segundo é o bebê imaginado durante a gestação, as características quando nascer, desejos, tudo associado aos movimentos fetais, à presença real do bebê no útero e as expectativas criadas, e, o último, é o bebê quando nasce. Quando a gestação apresenta complicações, o bebê imaginário e o real entram em confronto e geram dificuldades para a gestante. É comum que a gestante entre em negação e não aceite a condição e quando ocorre morte perinatal, essas gestantes podem enfrentar diferentes lutos (BISOTTO; CARDOSO; ARGIMON, 2021), dentre eles, o luto antecipatório.

Subcategoria 1 - Luto antecipatório

O luto antecipatório é definido como um conjunto de processos deflagrados pelo paciente e pela família a partir da progressiva ameaça de perda; além de ser um processo ativo psicossocial de enlutamento empreendido pela família e pelo paciente entre o diagnóstico e a morte propriamente dita (RANDO, 2000).

A partir das falas das participantes da pesquisa, observa-se que as mesmas se encontravam, em algum momento da gestação, em processo de luto antecipatório.

O médico que me atendeu disse que não era pra eu ficar nervosa [...]que eu ficasse calma [...]e que querendo ou não eu já sabia de tudo desde o começo. Só que eu ainda tinha esperança que ela nascesse viva (Angélica).

Foi muito ruim [...]fiquei abalada. Mas, como já tinha passado esses meses e eu já tava sabendo, teve impacto sim, mas não foi tão grande, porque eu já sabia que ele ia nascer e ia durar poucos minutos vivo, aí, já era aquela sensação; sabia que eu ia ver ele, mas sabia que ele ia morrer (Amor perfeito).

Quando a médica que eu fui fazer o segundo ultrassom disse que tinha essa anormalidade, pra mim foi um choque. Quando

ela me encaminhou para a doutora especializada que ela me deu o diagnóstico [...] eu fiquei sem chão, era como se o mundo tivesse caído sobre mim. Eu não sabia o que fazer [...] nem a quem recorrer [...] o caso dele não era apenas uma cardiopatia congênita, era um caso muito raro. Eu não tinha a quem recorrer a não ser a Deus! Pedi a Deus que me desse força, sabedoria, direção, que segurasse na minha mão a todo momento, que não me deixasse cair, me desanimar (Orquídea).

Observa-se que a partir do conhecimento prévio sobre a complicação perinatal com desfecho de morte neonatal, as gestantes desenvolveram luto antecipatório, que permitiu que o trabalho do luto fosse vivenciado gradativamente até a morte propriamente dita.

De acordo com Clukey (2008), o luto antecipatório envolve um conjunto dinâmico de processos que incluem transições emocionais e cognitivas feitas em resposta a uma perda esperada, dentre elas: a tomada de consciência da morte iminente; encontrar um significado por meio da percepção da perda e a transição como um processo gradual representado por alterações da relação com a pessoa que está morrendo.

Nesse sentido, o luto antecipatório serve como fator protetivo à psique humana, uma vez que há tempo para elaboração da perda, redução de danos no que se refere ao sofrimento psíquico e reorganização de sentimentos (BISOTTO; CARDOSO; ARGIMON, 2021), como foi possível observar no discurso de *Amor-perfeito* que verbalizou o impacto que teve ao presenciar o filho morto, mas que foi amenizado devido ao tempo que teve para reorganizar os sentimentos. Assim como *Amor-perfeito*, *Orquídea* encontrou na espiritualidade a resiliência para poder resignificar a morte do filho.

Mesmo consciente da morte perinatal, as gestantes necessitam ser amparadas e orientadas quanto ao processo de enlutamento, pois o impacto do diagnóstico de morte perinatal pode influenciar negativamente do luto pós-morte, uma vez que o conhecimento da morte perinatal rompeu com o mundo presumido da gestante, ou seja, rompeu com todo o planejamento da gestação sadia, do parto sem complicações e do nascimento do bebê saudável (GARTEN, *et al.*, 2020; BISOTTO; CARDOSO; ARGIMON, 2021).

Subcategoria 2 – Trabalho de luto

A morte de um filho causa para a mãe uma dor inigualável. Entende-se que a morte de um filho perpassa a perda de um e se torna a morte do “nós”, de todas experiências, vivências e sonhos. O luto materno compreende uma ressignificação do “nós” após a perda e essa ruptura de relação gera dor e muito sofrimento. A dor causada pelo luto não é a dor física de terminações nervosas, é a dor psíquica com sentimento de pesar, desgosto, choque e saudade. Essa dor não é nomeável, é sentida e vivida (ASSIS; MOTTA; SOARES, 2019).

Para Freud (1917) esse processo de luto denomina-se de ‘trabalho de luto’, definido como processo intrapsíquico, consecutivo à perda de um objeto de afeição, e pelo qual o sujeito consegue progressivamente desapegar-se (LAPLANCHE; PONTALIS, 2016).

No trabalho do luto, a perda do objeto (bebê perdido) provoca um desinteresse pelo mundo externo, com exceção dos que são relacionados ao objeto (bebê) de amor perdido. Apenas os objetos que evocam o objeto perdido (bebê perdido) despertam interesse, dessa forma não será possível à escolha de um novo objeto de amor (FREUD, 1917).

O trabalho de luto bem-sucedido, segundo Freud (1917), começa com o teste de realidade, a constatação de que houve a perda. Só através dessa constatação é que se pode conscientizar de que o objeto amado (bebê perdido) já não existe e, conseqüentemente, toda libido (a energia vital) deverá ser retirada de suas ligações com esse objeto.

Contudo, Garcia-Roza (2004), a partir da leitura de Freud, ressalta que ninguém abandona de bom grado um objeto de amor, pelo menos de maneira imediata. A exigência de retirar a libido (a energia vital) das ligações com o objeto perdido (bebê perdido) provocará uma grande oposição, que só poderá ser superada pouco a pouco. Freud (1917) enfatiza que cada uma das lembranças e expectativas isoladas, através das quais a libido (energia vital) está vinculada ao objeto (bebê perdido), deverá ser evocada e hipercatexizada¹ (direcionada a outro objeto), e o desligamento da libido se realizará

¹ Catexia é o processo pelo qual a energia libidinal disponível na psique é vinculada a ou investida na representação mental de uma pessoa, ideia ou coisa. A libido que foi catexizada perde sua mobilidade original e não pode mais mover-se em direção a novos objetos. Está enraizada em qualquer parte da psique que a atraiu e segurou. A palavra original alemã, *besetzung*, significa ocupar e investir; se você imaginar seu depósito de libido como uma dada quantidade de dinheiro, catexia é o processo de investi-la.

em relação a cada uma delas. Quando o trabalho de luto se conclui, o ego ficará novamente livre para novos investimentos.

Durante o trabalho do luto, o enlutado pode apresentar algumas emoções, sentimentos e condutas relacionadas à pessoa perdida, que podem ser didaticamente denominadas de etapas ou fases do luto (LINDEMANN, 1944; BOWLBY, 1982; RANDO, 1986; PARKES, 1996; WORDEN 1998; KUBLER-ROSS, 2005). A partir das narrativas das enlutadas, é possível observar que tais etapas do luto, como se pode constatar logo abaixo:

Choque

*É um choque muito grande! A gente fica dilacerada, nenhuma palavra é capaz de mudar o que estamos passando. Mas, a cada dia tentamos continuar a viver [...]a dor da perda passará a ser só saudades (**Margarida**).*

*Ela se mexia muito e parou de se mexer o dia inteiro. No outro dia, fui à maternidade e não escutaram o coração dela de maneira nenhuma. Depois disso, fui fazer um ultrassom particular e descobri que ela estava sem vida. A médica disse: infelizmente sua filha está morta! Na hora, eu fiquei sem reação, comecei a chorar e passar mal; não entendia o porquê disso, senti o mundo caindo na minha cabeça, às pessoas falando comigo e eu não entendia nada. Só sentia dor naquele momento (**Papoula**).*

É possível observar que **Margarida** e **Papoula** reagiram com choque diante do diagnóstico e morte fetal e que a dor da perda do bebê é considerada incomensurável, inominável e indelével à vida dessas mulheres.

A fase de choque abrange as reações que ocorrem imediatamente após o falecimento, podendo durar de algumas horas a aproximadamente uma semana. Nesse momento, o enlutado frequentemente fica em choque e tem dificuldade para acreditar que aquilo está acontecendo, fica aturdida (LINDEMANN, 1944; BOWLBY, 1982;

Uma vez que uma porção foi investida ou catexizada, permanece aí, deixando você com essa porção a menos para investir em outro lugar. Estudos psicanalíticos sobre luto interpretam o desinteresse das ocupações normais e a preocupação com o recente finado como uma retirada de libido dos relacionamentos habituais e uma "extrema" ou "hiper" catexia da pessoa perdida. A teoria psicanalítica está interessada em compreender onde a libido foi catexizada inadequadamente. Uma vez liberada ou redirecionada, esta mesma energia está então disponível para satisfazer outras necessidades habituais.

RANDO, 1986; PARKES, 1996; WORDEN 1998; KUBLER-ROSS, 2005). Nos abortos retidos ou parciais, em alguns casos, a manutenção do conceito pode reforçar a ideia de que a perda não ocorreu (SILVA; NARDI, 2014).

Negação

Não queria acreditar de jeito nenhum. Desde o dia do sangramento, eu não queria acreditar. Quando a médica me disse que eu já tinha perdido, fiquei abalada, muito triste. Eu chorava e falava dizendo que não tinha perdido. Pedi pra médica fazer o ultrassom direito. E ela confirmou que realmente eu tinha perdido (Rosa).

No discurso de **Rosa** pode-se constatar a negação da morte fetal, quando a mesma insiste em não acreditar mesmo com o diagnóstico de ultrassonografia realizado duplamente pela médica.

Na fase da negação, observa-se uma grande dificuldade em entender e aceitar o que aconteceu. A dor da perda é tão grande que não é considerada real. A perda parece impossível nesse momento, ao ponto do sujeito não ser capaz de acreditar (LINDEMANN, 1944; BOWLBY, 1982; RANDO, 1986; PARKES, 1996; WORDEN 1998; KUBLER-ROSS, 2005).

Culpa

É frustrante, porque chega um momento que você se culpa, fica procurando encontrar alguma coisa que você fez de errado ou deixou de fazer. De certa forma chega um momento que você fica procurando algo para se culpar (Lótus).

É possível observar que **Lótus** se sente culpada ou procura sentir-se culpa pela morte de seu bebê. Provavelmente, esse sentimento de culpa esteja relacionado com o reencontro de seus medos e suas fantasias hostis autodirigidas (ZORNING, 2016). Ao procurar culpar-se pela morte, **Lótus** reafirma sua incapacidade de fazer viver o seu bebê e lhe compensar narcisicamente. Os sonhos, as projeções as expectativas se deparam com a morte do seu bebê e esta, por sua vez, sinaliza o fracasso e a impotência de **Lótus** (ZORNING, 2016).

As reações de culpa podem ser compreendidas à luz dos acontecimentos que antecederam a morte do familiar e das relações ambivalentes que não puderam ser

resolvidas antes do falecimento. Tal situação evidencia ações ou omissões, entendidas como passíveis de causar dano ao familiar (LINDEMANN, 1944; BOWLBY, 1982; RANDO, 1986; PARKES, 1996; WORDEN 1998; KUBLER-ROSS, 2005).

Ambivalência

Esquecer, eu nunca vou esquecer. Sempre estou lembrando [...] você não esquece. Até hoje, não tem um dia que eu esqueça. Sempre o que eu faço é lembrando dela: se estivesse comigo, estava com um mês, com dois meses [...]. Faz três meses que aconteceu. Tenho outras duas filhas e [...] sempre que vejo elas, vejo outra. É uma coisa que estou lembrando 24 horas (Jasmim).

A fala de *Jasmim* sobre sempre estar lembrando da sua bebê morta e que visualiza nas duas filhas – vivas – a filha morta é um processo que oscila entre a aceitação da perda iminente e sentimentos de negação, também denominado de ambivalência.

Essa fase de ambivalência, também conhecida por fase de anseio e busca da figura perdida, o enlutado começa a perceber o falecimento como real e dura meses ou anos. Essa percepção gera desânimo e, por isso, há momentos de aflição e choro. É comum a sensação de que o morto ainda está presente, o que pode fazer a pessoa em luto interpretar alguns sinais como indicativos de seu retorno (LINDEMANN, 1944; BOWLBY, 1982; RANDO, 1986; PARKES, 1996; WORDEN 1998; KUBLER-ROSS, 2005).

Nesta fase, duas sensações opostas se alternam. Por um lado – mais racional – o enlutado sabe que a morte ocorreu e sofre com essa percepção. Por outro – mais subjetivo ou emocional – ele ainda tem dificuldades em acreditar nisso. A descrença na realidade do falecimento leva ao comportamento de busca pela pessoa morta, principal característica da segunda fase. Este comportamento, que traduz a esperança de ter o falecido de volta, pode ser observado nas tentativas – às vezes bastante concretas – de recuperar o morto através de determinados tipos de atitude (LINDEMANN, 1944; BOWLBY, 1982; RANDO, 1986; PARKES, 1996; WORDEN 1998; KUBLER-ROSS, 2005).

Aceitação

*Não vou dizer que eu não sofri, porque uma mãe que perde um filho é uma coisa que não cicatriza nunca mais! Porém, você aprende a conviver com a perda. Tudo na vida é uma experiência. Não sofri mais porque eu descobri ainda na minha barriga, na minha gestação. Todos os meses que eu ia para o médico, eu batia a ultrassom [...] eu ia para o pré-natal, era muito doloroso [...] porque dentro da medicina não tinha o que ser feito, [...] eu não sofri tanto por conta disso. Mas, se eu for resumir tudo em sentimento é só gratidão. Eu digo às pessoas que ele veio em minha vida pra me mostrar o quanto eu sou guerreira, pra me mostrar a força que eu tenho, a fé que eu tenho. Nem eu sabia que eu tinha essa fé e essa força. Na hora da morte foi um sentimento de dor, de muita dor, porque na hora só quem é mãe sabe, você sabe que a partir daquele momento você não vai ter mais ele em seus braços, você não vai poder mais sentir, tocar, falar, mostrar todo o amor que você tem. Mas, depois você para, pensa e agradece por não ter deixado ele sofrer em nada (**Orquídea**).*

*É um misto de sentimentos: tinha dias que eu conseguia me sentir feliz, porque eu me tornei mãe, independente de ter perdido. Mas eu sou mãe! E era um grande sonho meu ser mãe. Eu vivi isso, eu tive um parto, eu gerei, eu senti mexer e tudo. E me tornei mãe, eu sou mãe! Tem dias que você acorda triste, você sente falta do que não viveu, é uma saudade [...] (**Lótus**).*

*Eu fico muito triste somente quando me lembro dele, quando eu vejo uma fotinha dele, que é a única lembrança que eu tenho. Dá vontade de chorar, porque ele ficou deformado dentro da minha barriga (**Dália**).*

As narrativas de **Orquídea** e **Lótus** mostram que conseguiram elaborar a perda de seus bebês; se reorganizaram; se reajustaram para se moverem adaptativamente ao novo mundo, sem esquecer do fato de terem gerado, parido um filho e terem conseguido concretizar o projeto de ser mães. Além disso, acredita-se que foi a partir da experiência da dor da perda que se tornaram mais fortes, mais resilientes e mais espiritualizadas.

A fase da aceitação é caracterizada quando o enlutado começa a definir novos objetivos para sua vida, mesmo na ausência da pessoa perdida e se readaptar ao cotidiano. A partir desse momento, ocorre a interiorização daquele que morreu e este passa a ser lembrado com tranquilidade, tanto ligado a emoções de alegria quanto de tristeza, mas é um tipo diferente de tristeza – falta o aspecto doloroso que havia antes

(LINDEMANN, 1944; BOWLBY, 1982; RANDO, 1986; PARKES, 1996; WORDEN 1998; KUBLER-ROSS, 2005).

O luto apesar de ser sofrido e causar dor ao enlutado, é um processo necessário e saudável, traz benefícios para saúde mental. Quando mal elaborado, o enlutado entra em um processo de tristeza profunda durante semanas ou até meses, muitas vezes estagna em alguma etapa do processo, entra em um estado de melancolia e causa diversas patologias. Quando o processo de luto se estende mais do que o considerado “normal” denomina-se luto prolongado (SOARES; CASTRO, 2017).

Subcategoria 3 – Luto mal elaborado

O processo de luto em decorrência da morte fetal/perinatal é confuso para a mulher, uma vez que ela não sabe exatamente o que perdeu quando seu bebê morre antes de nascer e/ou morre ao nascer. Nesse bebê esperado havia muitas representações, projeções e expectativas. Quando ela é tomada pelo vazio da morte, a mãe perde tudo o que o bebê significava e com frequência é tomada por vários sentimentos. Se esse vazio não passar por elaborações psíquicas, tal experiência de morte poderá retornar em outro lugar (ZORNING, 2016), como pode ser visto nas narrativas abaixo:

Não foi fácil e nem está sendo fácil pra mim, porque esse mês, no dia 24, vai fazer um ano que ela nasceu morta. Para mim, é como se ela não tivesse morrido, eu sinto como se ela tivesse viva [...] Era um sonho ter aquele bebê! Quando cheguei em casa nem entrei no quarto [...] eu já tinha tudo preparado. Fui para psicóloga e ela perguntou se eu queria me desfazer das coisas, mas eu falei que não; que eu pretendo engravidar e se for uma menina já vai tá tudo pronto, se for um menino a gente faz doação. Quando limpo a casa, limpo o meu quarto e o dela também (Angélica).

Tem dias que tenho muita crise e quero porque quero ficar com ela, quero ver ela de toda maneira; porque quando ela nasceu, eu não a vi. Eu não aguentei. Fechei os olhos. Só depois de alguns dias que tive coragem de ver a foto dela que meu pai tirou. Ela está no pensamento em tudo o que eu faço. Se passaram 7 meses da morte dela e só no quinto mês que eu tive coragem de pegar as roupas dela para guardar na minha casa. Não entro no quarto dela porque vejo tudo e está do jeito que estava antes: arrumado, esperando por ela (Papoula).

É possível constatar por meio das falas de *Angélica* e *Papoula* que ambas ainda não conseguiram elaborar a perda de seus bebês mortos. Observa-se que ambas negam a morte de seus bebês; utilizam o Presente como tempo verbal ao se referirem aos bebês mortos; não se desfizeram do quarto e das roupas do bebê e ainda organizam e higienizam o quarto à espera do bebê morto. *Angélica*, por sua vez, ainda menciona que planeja uma nova gravidez e caso seja o bebê seja menina, tudo o que foi do bebê morto será desse bebê planejado.

De acordo com Soubiex (2014), o lugar do bebê morto no psiquismo dos pais é individual e singular para quem vivencia a perda, por isso, não se pode generalizar para todas as pessoas que vivenciam a morte fetal/perinatal. O tempo do luto nesses casos será o tempo de compreender que o bebê existiu, morreu e sepultá-lo dentro de si. Contudo, por seu caráter narcisista, o luto pode levar a constituição do feto/bebê morto como objeto de melancolia, ou seja, a perda de si mesma.

A particularidade desse trabalho de luto abrange dois componentes: um narcísico (o luto de si mesmo) e um objetal (o luto do bebê). Atravessar pelo processo de luto de um bebê é também atravessar pelo luto de partes infantis de si mesmo, de conflitos não resolvidos, das relações idealizadas, atravessar pelo luto de ser mãe diante da sociedade e de tudo o que foi projetado naquele bebê que não nasceu (ZORNING, 2016).

A elaboração do luto fetal/perinatal é possível, todavia sempre será vivenciada com muito sofrimento, podendo passar por um tempo na via melancólica e depois evoluir para um trabalho de luto.

Quando a elaboração psíquica desse bebê morto se tornar possível, pode haver uma reconstrução psíquica (ZORNING, 2016). Soubiex (2014) enfatiza que o luto fetal/perinatal é paradigmático, uma vez que o processo é lembrado, (re) vivido e prossegue durante os acontecimentos da vida, tais como datas de aniversário, sobretudo nas próximas gravidezes (tanto da mulher enlutada como de pessoas próximas), como se observou nas falas de *Angélica* e de *Papoula*.

O processo de luto descrito por Freud (1917) envolve o reviver de memórias referentes à pessoa morta, aspecto que se revela complexo numa situação de perda fetal/perinatal, onde o confronto com o bebê real não chegou a ocorrer. Aqui, o processo de luto vai envolver sobretudo a elaboração das fantasias associadas ao bebê na ausência do mesmo (ZORNING, 2016).

Para Soubieux (2015), a mãe que precisa fazer o luto desse bebê não é confrontada com a perda de um objeto externo (bebê morto), o que ocorre é a interrupção de um projeto de vida. Nesse caso, a mãe terá que se identificar não com o objeto externo morto, mas com o objeto interno morto (a quebra do processo de maternagem remete para uma perda intimamente ligada ao corpo da mãe e deste modo ao materno e ao feminino). Depois, de forma gradual, a mãe precisará deixar morrer uma parte de si mesma (tal como uma amputação) para que assim, possa elaborar a perda.

Categoria Temática 3 – Processo de cuidar à parturiente

Cuidar envolve atos humanos no processo de assistir a pessoa, dotado de sentimento e fundamentado em conhecimento. A arte de cuidar é ligar-se à sua fonte de vida, a partir do que, se não curar, pelo menos relativizar seu sofrimento, encontrando sentido para sua experiência. Cuidar envolve relacionamento interpessoal que é originado no sentimento de ajuda e de confiança, de empatia mútua e desenvolve-se com base em valores humanísticos e em conhecimento técnico-científico (CARVALHO, 2004).

O parto é um processo de nascimento natural e íntimo, onde a mulher é a protagonista da assistência. O objetivo do parto é possibilitar o nascimento da criança sem maiores intervenções, de forma saudável, respeitando a mulher e suas limitações. A assistência à parturiente depende do vínculo entre a equipe profissional à mulher e sua família, desde o planejamento familiar, passando pelas etapas de pré-natal, parto e puerpério (ALVES, 2017).

A assistência qualificada à parturiente diminui consideravelmente o índice de mortalidade materno-infantil, principalmente, diante de uma gestação com fácil acesso aos serviços de saúde, atenção profissional humanizada, que forneçam medidas para o bem-estar físico e psicológico durante todo período gravídico, parto e puerpério. Durante o parto, a mulher necessita de preparação, cuidado e humanização pois se trata de um momento que vai além do fisiológico; envolve sentido e significado psíquico e social (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019).

A depender de inúmeros fatores, esse momento pode resultar em experiências salutaras ou nefastas à mulher, como pode se constatar a partir das falas das participantes.

Subcategoria 1 – Cuidada autêntico

Em relação ao cuidado autêntico, pode-se defini-lo como o cuidado embasado nos conceitos de liberdade com responsabilidade e da adoção de atitudes éticas voltadas para a tolerância, à compreensão e à solidariedade (GURGEL; SOARES, 2000), como se observa nas narrativas das participantes da pesquisa:

Quando cheguei no hospital, o médico que me atendeu foi excelente, ele me tranquilizou [...] e me explicou que teria que fazer o parto com sete meses porque não adiantava mais esperar, que a minha vida também estava em risco e que a bebê provavelmente, não sobreviveria. Na sala de parto eu perguntei: Doutor, ela nasceu viva? - Não, infelizmente, ela não nasceu viva. Pode fazer o enterro dela? - Se ela nascer com peso acima de 600 a 700 g pode sim, mas se ela nascer com 400 ou 500 é um aborto. Aí, quando ela nasceu, ele mandou a enfermeira pesar e ficou acima de 720 gramas. A lembrança que eu tenho é de quando eu pedi para ver ela, a enfermeira veio com ela toda enroladinha e me mostrou (Angélica).

Do parto, [...] lembro quando disseram: - Olha o seu bebezinho! Eu pedi pra pegar ele [...] elas me deram [...] dei um cheirinho nele e [...] comecei a chorar muito (Dália).

Observa-se a partir dos discursos de Angélica e de Dália, que a equipe de saúde cuidou autenticamente das mulheres, uma vez que houve preocupação por parte do médico em não estender a gravidez, devido ao risco potencial de morte da gestante; bem como a tranquilidade sentida por Angélica diante das explicações do médico durante antes e durante o parto.

Pelos depoimentos, destaca-se a importância da sensibilidade e empatia das enfermeiras em facilitar o primeiro contato com o filho morto, para que este fosse um momento digno, significativo e facilitador do enfrentamento do luto. A orquestração da morte do bebê morto significa a atribuição de um tempo para a despedida e, até mesmo, para o alívio momentâneo de sua dor.

A comunicação de informações repassadas para a parturiente, durante o período que antecede o parto, é de extrema importância, pois aumenta o conhecimento, a confiança e a percepção de estar no controle interno e externo da situação. Isso reflete a adjetivação – excelente - mencionada por *Angélica* ao seu médico assistente (MARTINS; LIRA; NEGREIROS, 2018).

Os rituais de despedida com o bebê morto são de extrema importância para elaboração do luto. Ver o bebê, nomeá-lo, ter contato e guardar lembranças da criança são passos para reconhecimento que ocorreu a morte, desmistificar a lembrança do bebê imaginário e viver o bebê real (MUZA et al., 2013). A facilitação da orquestração da morte pelas enfermeiras possibilitou *Angélica* e *Dália* incorporarem seus filhos mortos e, com isso, iniciarem seus trabalhos de luto.

De acordo com Muza *et al.* (2013), pais que tiveram a oportunidade de despedir-se do bebê, experimentaram gratificação e reconhecimento do que viveram; esse momento fez diferença no processo de elaboração de luto.

Nesse sentido, considera-se que os cuidados prestados pelo médico e pelas enfermeiras no entorno do parto e puerpério como autênticos. O cuidado autêntico é considerado como elemento estrutural da existência humana; é a essência da presença; se constitui pelo desvelo, zelo, atenção, empatia e atitudes de solicitude, ou seja, atitudes de preocupação para com o outro. A solicitude é compreendida como colocar-se antecipadamente em relação a alguma coisa e está relacionada ao importar-se, ter o propósito de realizar algo (HEDEGEER, 2006).

A atenção humanizada envolve a valorização dos aspectos biopsicossociais, culturais, e da autonomia da mulher. Trata-se de um cuidado integral voltado para promoção de conforto, segurança física e emocional; visa tornar o nascimento uma experiência significativa, com valorização da pessoa humana e respeito ético (ALVES, 2017).

Subcategoria 2 – Cuidado inautêntico

O processo de trabalho de uma equipe de saúde é considerado complexo, devido à necessidade de desempenho de atividades assistenciais e gerenciais, determinando a tomada de decisão adequada e rápida (SANTOS et al., 2017). Isso contribui para que na assistência à saúde as atividades sejam organizadas apressadamente, de modo a tornarem-se indiferentes e isso ocasiona o esquecimento-do-ser (HEIDEGGER, 2006). Esse esquecimento-do-ser é uma característica do cuidado inautêntico (HEIDEGGER, 2006), observados nas atitudes profissionais e gerenciais no entorno do processo gravídico-puerperal, a partir dos relatos das puérperas:

Comunicação ineficiente

Quando levaram o bebê para UTI, só vieram me dar a notícia da morte. O parto foi às 7:40 h da manhã e a única notícia que eu tive durante o dia todo foi às 11:40h da noite, que já foi para dizer do óbito. Em nenhum momento no hospital veio um médico ou um enfermeiro [...] me dá uma explicação, eu passei o dia todo sem explicação nenhuma (Lótus).

Outro trauma foi a alta na maternidade. O médico veio me dar alta e disse que o bebê aguardava o pediatra vir dar alta. O meu bebê já tinha ido a óbito, eu já sabia que o corpinho estava sendo preparado, o meu marido já tinha ido dar entrada na certidão de óbito. Eu não ia sair de lá com um bebê. Não tiveram o cuidado de ver meu prontuário, meu histórico, de saber lidar de uma forma diferente comigo. Isso foi bem traumatizante pra mim. Eu não disse nada, minha vontade era de apenas sair dali. (Lótus).

O cuidado inautêntico foi evidenciado no depoimento de Lótus, que refere não ter sido informada sobre a condição de saúde do seu bebê; da informação obtida somente quando do óbito de seu filho, e, da comunicação ineficiente do médico, que condicionou à alta da parturiente à alta pediátrica do seu filho, mesmo Lótus ciente da morte de seu bebê.

Quando ocorre a morte de um recém-nascido é comum haver silêncio por parte de profissionais de saúde. Geralmente, essa dificuldade em comunicar notícias difíceis não está presente somente na informação da morte, mas, também na comunicação de informações sobre as complicações neonatais existentes (PEREIRA *et al.*, 2018).

De acordo com Pereira *et al.* (2018), alguns profissionais de saúde alegam despreparo técnico-científico e falta de treinamento para informar notícias difíceis, bem como conduzir o momento posterior à comunicação do óbito fetal/neonatal. Contudo, parece não haver justificativas para as informações incoerentes por parte do médico, quando do momento da alta hospitalar da parturiente. A comunicação entre os membros da equipe de saúde, nesse caso, não foi só ineficiente; mas sim descuidada - como a própria Lótus menciona em sua narrativa -, que gerou trauma diante de todo o processo de internação hospitalar.

Diante do exposto, vale ressaltar que o médico tem responsabilidade ética e jurídica de constatar o óbito, e, posteriormente atestar o óbito através da Declaração de Óbito (CFM, 2019).

A comunicação é uma ferramenta de grande valor para os profissionais de saúde, e que quando bem utilizada, com técnicas apropriadas e sensibilidade devida, auxilia, esclarece, acolhe, organiza e pode fazer com que pessoas em situações de fragilidade e vulnerabilidade tenham a oportunidade de vivenciar suas relações com maior qualidade e franqueza, bem como realizar desejos, despedidas e pendências, mas principalmente, ter sua dignidade e autonomia mantidas (CRISPIM; BERNARDES, 2018).

Fragilidade no acolhimento e na escuta empática

*[...]o trauma foi a forma de atendimento no parto. Além de ser um parto sofrido, porque era prematuro, eu dei entrada antes do tempo. Eu achei que ia para uma sala [de parto – grifo nosso] com uma equipe médica, que ia me dar uma assistência, me dá uma orientação, porque era o meu primeiro parto. Fiquei numa sala lá. Eu tava perdida no meio daquela situação. A médica saiu; eu dizia que a dor estava demais; ela entrava e dava uma olhadinha e não fazia nada (**Lótus**).*

*[...] não tive apoio! Saí de lá e não recebi nenhuma visita de um médico e nem de psicólogo (**Amor perfeito**).*

A partir dos relatos de Lótus e Amor perfeito, percebe-se que a equipe de saúde não cumpriu com os determinantes da Política Nacional de Humanização (2013), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e Rede Cegonha (2011) quando não realizaram acolhimento, escuta empática, esclarecimentos sobre o processo de parturição e puerpério das participantes.

Desse modo, o sentido do cuidado na perspectiva da autenticidade, a partir da *práxis* da equipe de saúde relatada pelas participantes demonstrou um cuidado inautêntico, ou seja, os profissionais atuaram sob o paradigma tecnicista, cartesiano e biomédico da assistência em saúde.

Acredita-se que, provavelmente, as atitudes desses profissionais estejam relacionadas à rigidez e à impessoalidade da relação profissional-paciente, mesmo sabendo da existência da política pública que recomenda boas práticas de atenção ao parto e sua utilização na prática assistencial.

Nesse sentido, vale enfatizar que humanizar é apropriar-se de uma nova percepção do fazer em saúde, pela quebra do modelo biomédico, ao mudar a visão do paciente como objeto de sua intervenção em razão de uma percepção legítima e

ampliada do ser humano com suas necessidades, sentimentos e dimensões biopsicossociais, culturais e econômicas (CASSIANO *et al.*, 2015). Na humanização é preciso identificar as necessidades humanas, com efeitos presentes na efetivação do atendimento completo, sem que haja falhas ou insatisfação por parte dos pacientes (VELHO *et al.*, 2019).

A empatia na assistência à saúde é uma ferramenta primordial; permite a aproximação da equipe profissional e do paciente através da comunicação, escuta, ações e atitudes que transmitam conforto, confiança e sensibilidade. É compreendida como uma habilidade humana de interação social, por meios cognitivos, afetivos e comportamentais (GAMBARELLI; TAETS, 2018).

O cuidar com empatia é a capacidade de valorização do paciente, compreensão da experiência, preocupação, mas também é a capacidade de comunicação e de demonstração dessa empatia (MUFATO; GAÍVA, 2019).

Fragilidade na assistência durante o trabalho de parto

*Eu não tive assistência nenhuma, de como agir, o que fazer, eu nem sabia com quantos centímetros eu tava [...] eu comecei a fazer força do meu jeito para ter [...] isso durou mais ou menos umas duas horas e quarenta e eu sozinha lá, sem nenhuma assistência, tanto que na hora que a minha filha tava nascendo, quem estava me acompanhando era a minha irmã e ela foi chamar a médica, porque a cabecinha já tinha saído toda. Isso me traumatizou bastante (**Lótus**).*

*Na hora do parto, eu não recebi apoio [...] tinha duas médicas que não me trataram bem, nem se quer olharam na minha cara. Na hora que eu soube foi só assim: seu filho entrou em óbito! Pronto! (**Dália**).*

Os depoimentos de Lótus e Dália escancaram um processo de cuidar inautêntico praticado pelas médicas obstetras, quando mencionam que não tiveram a devida assistência durante o trabalho de parto. O cuidado inautêntico, nesse caso, pode ser apontado pela fala de **Lótus** quando relata que ‘*não sabia como agir, o que fazer*’, que não sabia a graduação de dilatação, que iniciou o processo de parturição sem a presença da médica e que a sua acompanhante foi alertar a profissional o momento da exteriorização do polo cefálico do neonato.

Outra atitude de cuidado inautêntico é observada por meio da fala de **Dália**, quando relata a comunicação da morte neonatal pelas médicas obstetras de forma austera e quando percebe a desdenha das profissionais ao momento do nascimento do filho morto.

A partir dos relatos das participantes, parece que o modelo de atendimento de saúde conduzido na hora do parto pelas médicas obstetras foi, predominantemente, técnico, ou seja, aquele que estabelece prioridade do procedimento técnico em detrimento do processo integral e holístico do cuidar, e que também vai de encontro com as políticas nacionais de atenção à mulher no seu processo gravídico-puerperal.

Observa-se que os profissionais de saúde, de forma geral, na atualidade, convivem com uma rotina de trabalho muito árdua, caracterizada pela exploração física e mental. Gradativamente eles se tornam individualista, e passam a desempenhar somente as prioridades assistenciais dos pacientes sob sua responsabilidade. Isso funciona como uma forma de reação passiva a todas as suas obrigações. Neste contexto, os profissionais são constantemente forçados a ir além de seus limites, fato que prejudica a qualidade do cuidado prestado (SANTOS et al., 2017).

Em virtude das condições adversas presentes no ambiente de trabalho, alguns profissionais de saúde tendem a buscar meios para minimizar o sofrimento e o cansaço, tornando-se mais resistentes e adotando atitudes defensivas ou indiferentes ao processo laboral, optando pela instrumentalização do cuidado, comprometendo os resultados finais do processo de cuidado (CASTRO et al., 2014).

Fragilidade gerencial

Depois disso, eu fui levada para o quarto com outras mães, todas acompanhadas com os bebês. Isso me afetou bastante (Lótus).

Quando foi à tarde eu fui levada para outra sala, chegando lá tive um choque muito grande, porque as mães estavam com seus bebês naqueles bercinhos e só eu que não estava com a minha (Angélica).

A partir do momento que fizeram a cesárea e levaram ele, o que fizeram comigo foi me levar para um quarto com um monte de mulher cheia de criancinha. Me senti muito mal (Amor perfeito).

A partir dos relatos das participantes, observa-se que a gestão hospitalar não está atuando conforme a Portaria nº 2.068/2016 (BRASIL, 2016), que estabelece a alocação de mães que tiveram perdas gestacionais e/ou neonatais em espaços distintos daquelas que estão em alojamento conjunto.

Ao compartilhar o mesmo espaço do alojamento conjunto com mães e seus filhos vivos, as participantes mencionaram impacto emocional negativo, o que porventura gerou um grande mal-estar. Isso mostra que a instituição de saúde negligenciou a saúde mental das enlutadas, invalidou o luto perinatal, bem como desrespeitou os direitos das participantes em permanecerem em local reservado, distante de outras mães e bebês, durante o puerpério imediato.

Parece haver aqui a validação por parte da maternidade do luto não autorizado das participantes da pesquisa em encaminhá-las e mantê-las em ambiente impróprio para a elaboração. O luto não autorizado é toda e qualquer situação de luto que não pode ser socialmente sancionada, reconhecida abertamente ou expressa publicamente (CASELLATO, 2018).

Aguiar e Zorning (2016) abordam a dificuldade de instaurar o trabalho de luto após uma perda gestacional, explicitando o potencial traumático de tal perda e o quanto essa situação pode aprisionar às enlutadas à visão de um ideal, fazendo com que o luto não seja de fato vivenciado e exista a busca recorrente por reaver o objeto perdido. Nesse ponto, quando o reconhecimento da perda não é possível pode haver o desencadeamento de uma melancolia e maior dificuldade na elaboração do luto.

Portanto, se faz necessária uma medida urgente da maternidade em criar um espaço reservado, destinado às mães que tiveram morte fetal e/ou neonatal, levando em consideração o risco potencial para luto prolongado, luto mal elaborado e, em maior repercussão clínica, estados depressivos intensos e em consonância com a Portaria nº 2.068/2016 (BRASIL, 2016).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a compreensão e aproximação da vivência de mulheres em luto perinatal e a singularidade do processo de luto.

A partir da análise dos dados, foi possível observar que o processo de enlutamento das participantes abrangeu o luto antecipatório, que foi vivenciado a partir do conhecimento prévio do desfecho de morte fetal/neonatal e proporcionou redução de danos futuros, quando do momento da morte propriamente dita do bebê, bem como possibilitou reorganização dos sentimentos no puerpério.

Além disso, pode-se observar que a maioria das mulheres atravessaram o trabalho de luto e experimentaram emoções e sentimentos de choque, negação, culpa, ambivalência e aceitação, típicos do luto antecipatório e do processo de luto bem elaborado.

Foi possível constatar que algumas participantes não conseguiram elaborar a perda e, com isso, não entraram no trabalho de luto, uma vez que perpetua uma linguagem simbolizada pelo tempo verbal presente do indicativo, pelos próprios depoimentos de negação da morte do bebê, pela permanência de objetos do bebê morto (quarto, roupas, acessórios de amamentação) e pelo planejamento e/ou gestação precoce logo após o óbito do filho. Acredita-se que o luto mal elaborado nessas mulheres esteja relacionado à ausência dos rituais de despedida, sobretudo a não visualização do corpo morto do bebê durante o internamento hospitalar.

Esse estudo também evidenciou que a equipe de saúde apresentou potencialidades e fragilidades no processo de cuidar à parturiente, caracterizados por cuidados autênticos e inautênticos. Na perspectiva da autenticidade, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde foram embasados pela ética, solidariedade, empatia e preocupação com as participantes diante de complicações gestacionais futuras, assim como a sensibilidade de envolver a puérpera na orquestração da morte do filho. Já na perspectiva na inautenticidade, algumas condutas conduzidas pelos profissionais de saúde foram caracterizadas pela comunicação ineficiente, fragilidade no acolhimento e na escuta empática e instrumentalização do cuidado de forma austera e protocolar.

Além disso, um aspecto que merece atenção é a urgência em criar espaços específicos e reservados para as puérperas enlutadas, por parte da maternidade, que

ainda encaminha e mantém essas mulheres nas mesmas enfermarias em que se encontram mães em alojamento conjunto. Essa atitude não se coaduna com as políticas nacionais de atenção à mulher que vivencia o luto perinatal; bem como é fator agravante para elaboração da perda e trabalho de luto perinatal.

Sugere-se que a maternidade inclua na educação permanente dos profissionais de saúde aulas práticas e dramatizações de comunicação de notícias difíceis, sobretudo de mortes fetais e neonatais; aulas teórico-práticas sobre orquestração da morte; seminários sobre as portarias e leis que legitimam a assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, de forma a atualizar tais profissionais e criar rodas de conversa com as equipes de saúde, com o objetivo de investigar as fragilidades do serviço.

Em relação ao procedimento de orquestração da morte, os profissionais de saúde devem estimular as mães a falar sobre o bebê perdido; as expectativas sobre o filho; os sonhos para essa criança; a tocar, beijar cheirar o filho morto. A equipe de saúde deve ser estimulada a tornar a vivência da perda mais concreta, tais como: permitir que as mães higienizem, vistam e tirem fotos com seus bebês; elaborar um cartão com as impressões digitais das mãos e dos pés dos bebês; cortar um pouco do cabelo do bebê; dar um nome aos bebês caso isso ainda não tenha sido feito; realizar um ritual de despedida e, por último, ainda podem costurar um boneco (a) de pano preenchido com tecidos, de forma que pesem o correspondente ao peso do filho e presenteiem a mãe na alta hospitalar.

Sugere-se também que a maternidade disponibilize doulas do nascimento e da morte para acompanhar as mulheres em processo de parturição, de forma a melhorar a assistência às mulheres com fetos viáveis ou natimortos.

As dificuldades encontradas durante a pesquisa estiveram relacionadas ao acesso às mães enlutadas, que se encontravam em suas residências, muitas delas localizadas em municípios circunvizinhos e à resistência das mulheres em falar sobre todo o sofrimento vivenciado.

A partir deste estudo, considera-se imprescindível a elaboração e a implantação urgente de uma política pública voltada para o luto perinatal, desde o puerpério imediato até o seu retorno domiciliar, que poderá ser conduzido pela equipe multiprofissional da Atenção Básica de Saúde.

Novos estudos sobre o tema são necessários, uma vez que esta pesquisa foi realizada em um município do interior paraibano, não sendo, portanto, representativa para os demais estados brasileiros.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, H.C.; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos clin.** v.21, n.2, p.264-81, 2016. DOI: < <http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>>. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v21n2/a01v21n2.pdf> >. Acesso em: 07 ago 2021.
- ALGHAMDI, R., JARRETT, P. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: a qualitative descriptive study. **BJM**; v.24, n. 10, p. 715-22, 2016. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.10.715>. Disponível em: < <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/bjom.2016.24.10.715>>. Acesso em: 07 ago 2021.
- ALVES, D.F.C. *et al.* Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. **SANARE, Sobral**, v.16, n.02, p.68-76, 2017. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1180>. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1180/641>>. Acesso em: 13 jul 2022.
- ALVES, T.V.; BEZERRA, M.M.M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Id on Line Rev. Mult. Psic**, v.14, n. 49, p. 114-26, 2020. DOI: <10.14295/idonline.v14i49.2324> Disponível em: < <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2324/3608>>. Acesso em: 07 ago 2021.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Early Pregnancy Loss. Obstetrics & Gynecology**, v. 132, n.5, p. 197-207, 2018. Disponível em:< <https://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=obgynfp> >. Acesso em: 11 set 2021.
- ANDRADEI, U. V.; SANTOS, J.B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **Rev. Psicol. Saúde**, v.11, n.1, p.53-61, 2019. DOI: < <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585> >. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v11n1/v11n1a04.pdf> >. Acesso em: 13 jul 2022.
- ANUNCIACÃO, P.S. *et al.* Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 12, e00190517, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190517> . Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n12/e00190517/pt>>. Acesso em: 08 ago 2021.
- ASSIS, G.A.P.; MOTTA, H.L.; SOARES, R.V. Falando sobre presenças-ausentes: vivências de sofrimento no luto materno. **Rev. Nufen: Phenom. Interd**, v. 11, n.1, p. 39-54, 2019. DOI: < 10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº01artigo44>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n1/a04.pdf>. Acesso em: 24 jun 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2011.
- BINNIE, C. Breaking the silence. **BMJ**, v. 28, n. 3, p. 144-5, 2020. DOI: 10.12968/bjom.2020.28.3.144. Acesso em: 10 set 2021.

BISOTTO, L. B.; CARDOSO, N. O.; ARGIMON, I.I.L. Luto antecipatório materno: uma revisão integrativa nacional. **Rev. Nufen: Phenom. Interd**, v. 13, n.1, p. 98 -113, 2021. DOI: <<https://doi.org/10.26823/nufen.v13i1.19227>>. Disponível em: <<https://submission.pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/19227/907>>. Acesso em: 18 jun 2022.

BOWLBY, J. **Formação de rompimentos dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1982. 232 p.

BOWLBY, J. **Uma base segura**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.1989. 170 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. Brasília, DF, 19 jun. 2020, Edição: 116, Seção: 1, p. 64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Instituem diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 167, de 1º de set. 1993. Seção 1, p. 13066.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO, E.A.O. et al. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Rev. SPAGESP**, v. 19, n. 2, p. 110-22, 2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v19n2/v19n2a09.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2022.

CASELLATO, G.A. **Luto não autorizado**. In: FUKUMITSU, K.O. Vida, morte e luto: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018.

CASSIANO, A.N. *et. al.* Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. **Rev Pesquisa Cuidados Fundamentais**, v.7, n.1, p. 2051-60, 2015. DOI: <10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2051-2060>. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3674/pdf_1453>. Acesso em: 27 jul 2022.

CASTRO, L.M.C. *et al.* Reflexões sobre o cotidiano profissional de enfermeiras. **Rev cubana enfermería**. v.30, n.1, p.100-8,2014. Disponível: <

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/215/85>>. Acesso em: 27 jul 2022.

CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T.E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicol inf**, v.17, n.17, p.1-19, 2013. DOI: < <https://doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v17n17p87-105>>. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v17n17/v17n17a07.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2022.

CLUKEY, L. Anticipatory mourning: process of expected loss in palliative care. **Int J Palliat Nur**, v.14, n.7, p.316-25, 2008. DOI: <10.12968/ijpn.2008.14.7.30617>Disponível em: < <https://scihub.se/https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.7.30617>>. Acesso em: 24 jun 2022.

COELHO FILHO, J.F.; LIMA, D.M.A. Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. **PsicolArgum**, v. 35, n. 88, p. 16-32. 2017. DOI: < <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.35.88.18432>>. Disponível em: < <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/18432/pdf>>. Acesso em: 03 jun 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN-564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. Brasília, 6 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM- Brasil). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de set. 2018. 108 p. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

CRISPIM, D.H; BERNARDES, D.C.R. **Comunicação em cuidados paliativos**. In: CARVALHO, R.T. et al. Manual de Residência Médica de Cuidados Paliativos: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Manole, 2018.

DAHDAH, D.F. *et al*. Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, v. 27, n. 1, p. 186-96, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1079> Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/YVK3nsVQscVYTnXfc4rMBBp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 jun 2022.

DEVINCENZI, M.U., SCHRAIBER, L.B. Óbitos neonatais em região de alta vulnerabilidade do Município de Santos, São Paulo, Brasil: examinando questões assistenciais na perspectiva das mulheres. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 9, e00081718, 2019. DOI: <10.1590/0102-311X00081718>. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/NFqC5GSKZ7HMT7dhQcGsB9v/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 22 jul 2021.

FARREN, J. *et al*. The psychological impact of early pregnancy loss. **Human Reproduction Update**, v.24, n. 6, p. 731- 49, 2018. DOI: <

<https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30204882/>. Acesso em: 10 set 2021.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**. v.7, n.2, p. 06-9, 2008. DOI: < <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?lang=pt&format=pdf> >. Acesso em: 07 set 2021.

FREUD, S. **Luto e Melancolia** (1917 [1915]). In: FREUD, S. A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914- 1916). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 245-263.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. In S. Freud. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos – obras completas Rio de Janeiro, RJ: Imago. 1917. 296 p.

GAMBARELLI, S.F.; TAETS, G.G.C.C. A importância da empatia no cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. **Enfermagem Brasil**, v.17, n.4, p.394-500, 2018. DOI:< <https://doi.org/10.33233/eb.v17i4.1258>>. Disponível em: < <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1258/3887> >. Acesso em: 20 jul 2022.

GARCIA-ROZA, L. **Introdução à metapsicologia freudiana**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2004. 295 p.

GARDEN, L., *et al.* Palliative Care and Grief Counseling in Peri- and Neonatology: Recommendations From the German PaluTiN Group. **Front Pediatr**, v. 8, n. 67, p.1-11, 2020. DOI: <[10.3389/fped.2020.00067](https://doi.org/10.3389/fped.2020.00067)>. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7058113/pdf/fped-08-00067.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2022.

GURGEL, A.H.; SOARES, E. Marcos conceituais na direção do cuidado: um estudo reflexivo do cuidado solidário de enfermagem. **Rev Anna Nery**, v.4, n.1, p.73-82, 2000. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1167. Acesso em: 20 jul 2022.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 8 ed. São Paulo, SP: Martins Fontes. 2005. 304 p.

LAGUNA, T.F.S. *et al.* O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Research, Society and Development**; v. 10, n. 6, e5210615347, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15347>. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15347/13777>>. Acesso em: 07 ago 2021.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise/Laplanche e Pontális**. São Paulo: Martins Fontes, 2016. 576 p.

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief – **Americ J Psychiatry.**, n.101, p.141-48, 1944. DOI: < <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141> >.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOREIRA, P. **Perda gestacional: um sofrimento silencioso**. (dissertação)- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto, Porto: Lisboa, 2016. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=165927. Acesso em: 10 set 2021.

MOURA, B.L.A. *et al.* Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.1, e00188016, 2018. DOI: <10.1590/0102-311X00188016>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/RNqVJ9KfR3GfsvjHTpFk3Yf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 ago 2021.

MUFATO, L.G.; GAÍVA, M.A.M. Empatia em saúde: revisão integrativa. **Rev Enferm Centro Oeste Mineiro**, v. 9, e2884, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2884>. Disponível em: < <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2884/2192>>. Acesso em: 20 jul 2022.

MUZA, J.C. *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicol. teor. Prat.**, v.15, n.3, p. 34-48, 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/03.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2022.

NUZUM, D., MEANEY, S., O'DONOGHUE, K. The impact of stillbirth on bereaved parents: a qualitative study. **PLoS One**, v.13, n.1, e0191635, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5783401/pdf/pone.0191635.pdf> >. Acesso em: 08 ago 2021.

OISHI, K.L. O Jardim de Julia: A Vivência de uma Mãe durante o Luto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 5-11, 2014. DOI: < <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100002>>. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ptp/a/kwkccfvYvywr59Mh8MVLLG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em; 03 jun 2022.

OLIVEIRA, C.M. **Um amor sem colo: a utilidade dos rituais de luto na perda gestacional**. [dissertação]. Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto, Porto: Lisboa, 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129677/2/426718.pdf>. Acesso em: 10 set 2021.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. Tradução de Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998. 296 p.

PEREIRA, M.U.L. *et al.* Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos. **Rev Paul Pediatr**, v.36, n.4, p.22-427, 2018. DOI: < <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;4;00013>>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rpp/a/8DhN6pSZDHC9KvTWPYPMwCv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 jul 2021.

POKLADÉK, D.D. **A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas de saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004.

RAMOS, V.; CANTA, G. Perda e Luto Fetal. **Rev Port Psicanálise**, v. 40, n. 1, p. 29–35, 2020. DOI: < <https://doi.org/10.51356/rpp.402a2>>. Disponível em: <<https://rpppsicanalise.org/index.php/rpp/article/view/47/87>>. Acesso em: 13 jul 2022.

RANDO, T.A. **Loss and anticipatory grief**. Massachussets/ Toronto: Lexington Books, 2000.

SANTOS, A.G. *et al.* O cuidado de enfermagem analisado segundo a essência de Martin Heidegger. **Rev Cubana Enferm**, v.33, n.3, p. 158-71, 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>. Acesso em: 20 jul 2022.

SERAFIM, T. C. *et al.* Atenção à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, e20200249, 2021. DOI: < [doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249)> .Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/cxfg9TcmWVGNprjtFqXkW9p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jul 2021.

SILVA, A.C.O; NARDI, A. E. **Luto decorrente de abortamento fetal e óbito fetal**. In: SANTOS, F.S. Tratado brasileiro de perdas e lutos. São Paulo: Atheneu, 2014.

SOUBIEUX, M-J. Le deuil après une mort prénatale: le deuil périnatal, un impensable à penser. **Le Carnet PSY**. v.9, n.185, p.22-4, 2014. DOI: < [10.3917/lcp.185.0022](https://doi.org/10.3917/lcp.185.0022)>. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2014-9-page-22.htm>. Acesso em: 13 jul 2022.

TOTES, N.A.; SEIDL, E.M.F. Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 681-93, 2016. DOI: <[10.9788/TP2016.2-15](https://doi.org/10.9788/TP2016.2-15)>. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>>. Acesso em: 07 ago 2021.

VELHO, M. B. *et al.* Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. **Caderno Saúde Pública**, v.35, n.3, e00093118, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org>. Acesso em: 20 out. 2019

WORDEN, J.W. **Terapia do luto** – um manual para o profissional de saúde mental. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Nome da flor (Escolha o nome de uma flor para não usar seus dados pessoais):

Idade: _____

Estado civil: solteira () casada () união consensual () divorciada () viúva ()

Profissão: _____ / Ocupação: _____

Religião: () católica () evangélica () candomblé () budismo () indígena
espírita () sem religião () outra: _____

Dados obstétricos:

Número de gestação(ões): _____

Número de paridade(s): _____

Número de aborto(s): _____

Número de filho(s) vivo(s): _____ Idade(s) atual(is): _____

Natimorto:

Dados relacionados à gravidez com morte perinatal e luto perinatal

1. Primeira gestação () sim () não

Se não, especifique: _____

2. Foi uma gestação planejada? () sim () não

Se não, especifique: _____

3. Com quantas semanas/meses de gestação ocorreu a perda:

4. As consultas do pré-natal foram realizadas

() UBS () Consórcio de saúde () Centro de Saúde () Clínica particular

() Ambulatório do hospital

5. Durante a gestação, teve alguma complicação? () sim () não

Se sim, qual(is): _____

6. Você tem alguma doença pré existente:

7. Fale sobre suas vivências desde a morte de seu/sua filho(a) até agora.

8. Fale sobre o impacto que a morte de seu/sua filho(a) causou em sua vida.

9. Fale sobre as mudanças que ocorreram na sua vida depois da morte de seu/sua filho(a).

10. Fale sobre os seus sentimentos desde a morte de seu/sua filho(a) até agora.

11. Fale das dificuldades enfrentadas desde a morte de seu/sua filho(a) até agora.
12. Fale sobre os apoios que recebeu desde a morte de seu/sua filho(a) até agora.

ANEXOS**ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO**

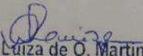
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE
INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA**

Endereço: Rua Vila Nova da Rainha, Nº 147, Centro, município de Campina Grande –
PB, CEP: 58400-220 - Fone: (83) 3310-6356
– CNPJ: 24.513.574/0003-93

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Ana Luiza de Oliveira Martins, CPF 058.637.204-09, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Não sei porque você se foi, quantas saudades eu senti”: vivências de mulheres em luto perinatal no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), do município de Campina Grande – PB, que será realizada no período de dezembro de 2021 a abril de 2022, tendo como pesquisadores responsáveis a professora Dra. Glenda Agra (SIAPE 1841058), pesquisadora responsável e orientadora e Andrielly Cavalcante Fonseca, pesquisadora colaboradora e orientanda (Matrícula: 517120250).

Campina Grande-PB, 18 de outubro de 2021


Ana Luiza de O. Martins
- Assessoria Técnica -
- Coordenação NUPEP -
- ISEA -

Ana Luiza de Oliveira Martins
CPF 058.637.204-09
Coordenadora do Núcleo de Pesquisa, Estágio e Educação Permanente
Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

ANEXO B- APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UFCG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: *“NÃO SEI PORQUE VOCÊ SE FOI, QUANTAS SAUDADES EU SENTI”*: VIVÊNCIAS DE MULHERES EM LUTO PERINATAL

Pesquisador: Glenda Agra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52712221.0.0000.0154

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.139.762

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora propõe o desenvolvimento de um estudo exploratório e desenho qualitativo cujos objetivos são: investigar as vivências de mães em luto perinatal (objetivo geral); e investigar os sentimentos de mães que vivenciam o luto perinatal e as redes de apoio de mães em luto perinatal (objetivos específicos). A proposta da investigação traz a gestação como um complexo período na vida da mulher permeado com múltiplas alterações biopsicossociais, sendo a morte perinatal um possível desfecho. Destaca, nessa lógica, que o luto perinatal consiste em uma etapa de intensas frustrações de expectativas criadas durante a gestação, e que sentimentos como medo, angústia, culpa, raiva, desamparo e impotência podem comumente ser observados diante desse contexto. Ao considerar, portanto, que lidar com a morte é um desafio na atenção obstétrica, a pesquisadora aponta que compreender e problematizar essas questões é essencial para uma assistência integral às mulheres e familiares, o que justifica a realização do estudo. Para o alcance dos objetivos da pesquisa propõe-se o desenvolvimento de um estudo exploratório a ser realizado com mulheres em luto perinatal assistidas no Hospital Especializado Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), localizado em Campina Grande- PB, selecionadas por conveniência com base nos critérios de inclusão e exclusão até que o fechamento amostral por saturação teórica ocorra. Para o levantamento de dados, previsto para os meses de dezembro de 2021 até março de 2022, será utilizado um formulário semiestruturado, composto por dados sociodemográficos e obstétricos e

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UFCG**



Continuação do Parecer: 5.139.762.

operacionalizado por meio de entrevistas gravadas com prévia autorização das participantes. Para a análise de dados será empregado o método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

A pesquisadora apresenta como objetivo primário investigar as vivências de mães em luto perinatal.

Objetivos secundários:

Como objetivos secundários têm-se investigar os sentimentos de mães que vivenciam o luto perinatal e investigar as redes de apoio de mães em luto perinatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos, a pesquisadora cita que “os riscos que a pesquisa oferecerá são mínimos e estão relacionados ao constrangimento pela exposição de informações pessoais”. Como estratégias para minimizar os constrangimentos, a pesquisadora assinala que “para diminuir esse risco, a entrevista será realizada numa sala, em ambiente reservado, sendo, ainda, garantida, a saída da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo algum. Além disso, se a participante não quiser responder alguma questão, ficará à vontade para não responder”. A pesquisadora salienta ainda que para as participantes “fica assegurado as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação. Caso seja necessário, a assistência integral será realizada pela equipe multiprofissional no cenário da pesquisa, em local reservado”.

Sobre os benefícios, de acordo com a pesquisadora, “acredita-se que a partir dos resultados deste estudo, possam ser elaboradas estratégias que viabilizem um processo de enfermagem baseado na escuta empática, acolhimento compassivo e qualificação dos cuidados para as mulheres durante a morte perinatal e em luto perinatal”. Logo, os benefícios são de significativa relevância para a enfermagem e, por conseguinte, para as mulheres, familiares e sociedade em geral, que certamente contarão com profissionais mais qualificados na assistência à saúde no contexto de morte e luto perinatal.

Diante do exposto, as informações relacionadas aos riscos e benefícios estão explícitas, porém foram apresentadas somente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No projeto de pesquisa a proponente aponta que será garantido o sigilo das informações, a condição de desistência de participar do estudo em qualquer momento e a privacidade (no caso, anonimato)

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UFMG**



Continuação do Parecer: 5.139.762

das participantes, atribuindo nome de flores para as mesmas. A pesquisadora menciona ainda que “frente à pandemia da COVID-19, no intuito de proteger pesquisadora e as participantes, serão utilizadas máscaras cirúrgicas descartáveis durante as entrevistas, álcool à 70% para higienização das mãos e desinfecção da caneta para assinatura do TCLE logo após o uso, além de respeitada a distância mínima de 1,5 metros entre a pesquisadora e as participantes”. Desse modo, atendendo ao disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, diante da ponderação entre riscos e benefícios, prevalecem os benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa demonstra potencial relevância para o campo da Enfermagem, sobretudo no processo de enfrentamento de contextos complexos, como é o caso da morte e do luto perinatal. Esse público demanda indubitavelmente uma assistência qualificada, humanizada, especializada e integral. Portanto, os resultados obtidos com esta pesquisa certamente embasarão modelos mais robustos de cuidados de enfermagem centrados em competências e habilidades específicos ao campo da obstetrícia. Dessa forma, considera-se a proposta de pesquisa bem delineada, com objetivo consistente e passível de ser atingido com a metodologia adequadamente desenhada. Contudo, faz-se necessário rever questões ligadas à inclusão dos riscos e benefícios de modo claro no item “considerações éticas” na metodologia do projeto de pesquisa. É oportuno destacar, inclusive, que a pesquisadora cita nas últimas linhas da página 16 que “a pesquisa será realizada após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cuité – PB” e que “as entrevistas serão realizadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou Programa Melhor em Casa (PMC)”, gerando uma confusão no entendimento acerca do local do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sobre os termos de apresentação obrigatória, constam no detalhamento do projeto de pesquisa na página eletrônica da Plataforma Brasil os seguintes documentos inseridos pela pesquisadora: I) Projeto detalhado, contemplando todas as etapas estruturais; II) Termo de Anuência Institucional, devidamente assinado pela coordenadora do núcleo de pesquisa, estágio e educação permanente do ISEA; III) Termo de compromisso dos pesquisadores, devidamente assinado pela pesquisadora e orientanda; IV) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); V) Instrumento de Coleta de Dados (no corpo do projeto de pesquisa); e VI) Folha de Rosto, corretamente preenchida e assinada pela pesquisadora e responsável pela instituição proponente. Constam ainda as informações básicas do projeto, além da apresentação do cronograma e orçamento.

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUIATE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UFMG**



Continuação do Parecer: 5.139.762

das participantes, atribuindo nome de flores para as mesmas. A pesquisadora menciona ainda que “frente à pandemia da COVID-19, no intuito de proteger pesquisadora e as participantes, serão utilizadas máscaras cirúrgicas descartáveis durante as entrevistas, álcool à 70% para higienização das mãos e desinfecção da caneta para assinatura do TCLE logo após o uso, além de respeitada a distância mínima de 1,5 metros entre a pesquisadora e as participantes”. Desse modo, atendendo ao disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, diante da ponderação entre riscos e benefícios, prevalecem os benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa demonstra potencial relevância para o campo da Enfermagem, sobretudo no processo de enfrentamento de contextos complexos, como é o caso da morte e do luto perinatal. Esse público demanda indubitavelmente uma assistência qualificada, humanizada, especializada e integral. Portanto, os resultados obtidos com esta pesquisa certamente embasarão modelos mais robustos de cuidados de enfermagem centrados em competências e habilidades específicos ao campo da obstetrícia. Dessa forma, considera-se a proposta de pesquisa bem delineada, com objetivo consistente e passível de ser atingido com a metodologia adequadamente desenhada. Contudo, faz-se necessário rever questões ligadas à inclusão dos riscos e benefícios de modo claro no item “considerações éticas” na metodologia do projeto de pesquisa. É oportuno destacar, inclusive, que a pesquisadora cita nas últimas linhas da página 16 que “a pesquisa será realizada após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cuité – PB” e que “as entrevistas serão realizadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou Programa Melhor em Casa (PMC)”, gerando uma confusão no entendimento acerca do local do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sobre os termos de apresentação obrigatória, constam no detalhamento do projeto de pesquisa na página eletrônica da Plataforma Brasil os seguintes documentos inseridos pela pesquisadora: I) Projeto detalhado, contemplando todas as etapas estruturais; II) Termo de Anuência Institucional, devidamente assinado pela coordenadora do núcleo de pesquisa, estágio e educação permanente do ISEA; III) Termo de compromisso dos pesquisadores, devidamente assinado pela pesquisadora e orientanda; IV) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); V) Instrumento de Coleta de Dados (no corpo do projeto de pesquisa); e VI) Folha de Rosto, corretamente preenchida e assinada pela pesquisadora e responsável pela instituição proponente. Constam ainda as informações básicas do projeto, além da apresentação do cronograma e orçamento.

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUIATE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UCFG**



Continuação do Parecer: 5.139.762

Recomendações:

Como forma de sugestão, pode ser interessante:

- Retificar o trecho do tópico "3.7 Considerações éticas" (final da página 16) que cita que "a pesquisa será realizada após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cuité – PB" e que "as entrevistas serão realizadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou Programa Melhor em Casa (PMC)", uma vez que o estudo será desenvolvido no ISEA, Campina Grande – PB.
- No instrumento de coleta de dados, substituir o item "Iniciais" por "Nome da flor", já que esse pseudônimo será a estratégia utilizada pela pesquisadora para assegurar o anonimato das participantes.
- Recomenda-se ainda, elaborar o relatório final após a conclusão do projeto e inserir na plataforma para acompanhamento por este Comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após leitura do projeto e análise dos documentos apresentados, conclui-se que não existem inadequações éticas para o início da pesquisa, estando o mesmo APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1832463.pdf	18/10/2021 15:02:18		Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_isea_tcc_andrielly.pdf	18/10/2021 14:57:27	Glenda Agra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_tcc_andrielly.pdf	18/10/2021 14:56:56	Glenda Agra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_dos_pesquisadoresassinado_pelos_pesquisadores.pdf	18/10/2021 14:56:39	Glenda Agra	Aceito
Orçamento	Orcamento_tcc_andrielly.pdf	18/10/2021 14:56:15	Glenda Agra	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades_tcc_andrielly.pdf	18/10/2021 14:55:58	Glenda Agra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_tcc_andrielly_18_de_outubro_2021.pdf	18/10/2021 14:55:40	Glenda Agra	Aceito

Endereço: Rua Profª. Maria Aníta Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUITE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com

CENTRO DE EDUCAÇÃO E
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE - CES/UFMG



Continuação do Parecer: 5.139.762

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_tcc_andrielly.pdf	18/10/2021 14:53:33	Glenda Agra	Aceito
----------------	----------------------------------	------------------------	-------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUITE, 01 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Lidiane Lima de Andrade
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Profª. Maria Anita Furtado Coelho, S/N, Sítio Olho D'Água da Bica, Bloco: Central de Laboratórios de
Bairro: DISTRITO DE MELO **CEP:** 58.175-000
UF: PB **Município:** CUIUTE
Telefone: (83)3372-1835 **E-mail:** cep.ces.ufcg@gmail.com