



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

**GESTÇÃO SUBSEQUENTE À PERDA PERINATAL: ANÁLISE DOS
RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO**

FORTALEZA

2024

MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

GESTÇÃO SUBSEQUENTE À PERDA PERINATAL: ANÁLISE DOS RESULTADOS
DE UM PROGRAMA DE PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

Orientador: Hermano Alexandre Lima Rocha.
Coorientadora: Maria Socorro de Sousa.
Coorientadora no Exterior: Ana Dias da Fonseca - Universidade de Coimbra/Portugal.

FORTALEZA

2024

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M344g Martins, Marley Carvalho Feitosa.
Gestação subsequente a perda perinatal : análise dos resultados de um programa de pré-natal psicológico / Marley Carvalho Feitosa Martins. – 2024.
160 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha.
Coorientação: Profa. Dra. Maria Socorro de Sousa.

1. Gestação. 2. Cuidado Pré-natal. 3. Saúde Mental. 4. Depressão Pós-parto. 5. Luto Materno. I. Título.

CDD 610

MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

GESTÇÃO SUBSEQUENTE À PERDA PERINATAL:
ANÁLISE DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA
PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

Aprovada em 25/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Prof. Dr. Luciano Lima Correia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Maria Socorro de Sousa
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Junior
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dra. Alessandra da Rocha Arrais
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (DF)

CARTA ABERTA ÀS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Gestar um bebê após perda... uma frase que abrange todos os sentimentos humanos, todos os sentimentos ambivalentes, contradições, novidades, espantos, medos, crises, choro e saudade. Envolve todos os problemas associados a perda de um ser amado somados às sutilezas que uma mulher vivencia na espera de um filho.

Gestar um bebê após a perda é maternar a vida e a morte ao mesmo tempo, em uma jornada de autoconhecimento mediada pelo encontro com tudo o que a perda do bebê e a nova gestação mobilizam. O grupo PNP “Gestando Esperança” foi a oportunidade de um mergulho coletivo nas profundezas de uma viagem maravilhosa de descobertas, envolvida por sensações e sentimentos paradoxais entre o luto e a esperança. A oferta de um espaço seguro que possibilitou a exposição das feridas, a resignificação e transformação dessas em amor.

Realmente, foi possível ver a tempestade inicial se transformando em um céu límpido e sereno ao longo das sessões, dando entrada para ressurgir o arco-íris em suas vidas. Foi perceptível a atenção e o respeito de todas pelas histórias.

Abrir o coração e se mobilizar para a chegada do novo bebê gera desconforto e ansiedade, pois é necessário se permitir sair da zona de conforto, um lugar sombrio, para assumir a condição de grávida novamente. A tendência é utilizar mecanismos de defesa para se esquivar de lugares que foram os causadores de nossa dor: “será que tenho fibra para passar por tudo novamente?”. Todas passaram de certa forma, por isso, cada qual no seu ritmo e no seu jeito especial de ser.

O “Gestando Esperança” não foi a “luz no fim do túnel”, foi a luz durante todo o processo, gerou e fortaleceu a coragem, a motivação e a fé para abrir o coração para a alegria diante da nova gestação, mesmo diante da culpa e do medo de enfrentar o desafio para preparar o espaço físico (quarto do bebê) e o espaço psíquico para viver e curtir a gestação, celebrar cada dia, cada vitória. Primeiramente, foi essencial abrir o coração para autorizar a vivência de sentimentos ambivalentes relacionados à gestação, enfrentando a dor do luto ainda muito presente. Encarar seus sentimentos e dizer “não estou curtindo a gestação”, “não estou preparada para organizar o quarto agora”. E, assim, se sentir aceita e compreendida pelo grupo, mesmo não encontrando esse reconhecimento na própria família. Aceitar que o amor se constrói com o tempo e dedicação. Mas, antes, foi necessário compreender que não é necessário “virar a página” nem “esquecer o bebê anjinho”, que ele não é a morte, e sim uma vida que, mesmo por breve tempo, pulsou em seu ventre e marcou a sua vida com uma linda história e transformações. Perceber que agora você está vivendo uma nova etapa, com ele

integrado à sua vida e à sua família. E, por fim, se permitir ser feliz com a nova gestação, mesmo sentindo falta dele, deixando fluir todos os sentimentos e aceitando-os como forma de autoconhecimento e amor-próprio. E, “mesmo que ele teve que partir, o amor está aqui para sempre”. O luto se transformou no amor que não precisa ir embora, e todos os sentimentos fazem parte do “perfeito amor que lança fora todo medo” (I Jó 4:18).

Sou grata a Deus pela oportunidade de vivenciar esse processo junto com vocês, pela sabedoria para conduzi-las e pela dádiva de contemplar a alegria coletiva de vê-las com seus filhos nos braços. Gratidão a todas as mães por tanto aprendizado! Que vocês possam curtir e celebrar cada momento. Sejam luz e inspiração de fé na vida de outras famílias, que tenham muitos motivos para manter essa alegria, é o que eu oro e desejo a vocês. Beijos no coração ♥

Marley Carvalho

AGRADECIMENTOS

Glorifico, primeiramente, a Deus por ter me ajudado até aqui. A jornada foi longa, difícil, dolorosa, com perdas, lágrimas e lutos. Por tantas vezes pensei em desistir, mas, Ele me levantou, foi e é a minha força e socorro bem presente, fez o meu caminho e, o melhor... colocou anjos que proporcionaram conhecimentos e facilitaram o percurso até a concretização desse sonho. Sem Ele nada eu poderia fazer. Portanto, a vitória é Dele, por Ele e para Ele. A Ele toda honra e toda glória.

Aos anjos que me deram forças nessa jornada:

Mãe Mariley, mesmo distante, sempre minha fiel incentivadora. Obrigada pela jornada de evolução constante, pelo melhor conselho, colo acolhedor, palavras tranquilizadoras e encorajadoras, compreensão nos momentos difíceis, orações, enfim, seu carinho e incentivos foram importantes para perseverar na caminhada.

Esposo Luís, pelo carinho e paciência em tantos momentos. Por fortalecer minha fé, pela compreensão, por me limpar as lágrimas, por me levantar tantas vezes nos últimos tempos. Por não desistir de mim. Por tudo...

Filhas Luma Bianca e Mariana, pelas palavras de incentivo, pela compreensão e por me ensinarem todos os dias a conjugar o amor genuíno no maternar.

Irmã Rosana Mara, grande incentivadora deste estudo, tendo passado por sucessivas perdas até a realização do sonho de ter seu filho, Luís André nos braços, meu afilhado, atualmente com 13 anos. Muito obrigada pelo incentivo, apoio e inspiração.

Professor Dr. Francisco Herlânio, grande incentivador para a realização deste trabalho, seu acompanhamento, confiança e orientações foram imprescindíveis. Um profundo agradecimento pela disponibilidade, paciência infinita, partilha de conhecimento acadêmico e da vida, e pela generosidade durante este percurso.

Professora Dra. Maria do Socorro, gratidão pela dedicação, sensibilidade, partilha de conhecimentos e por todo o carinho com que me recebeu para a concretização deste trabalho.

Professora Dra. Ana Dias, gratidão pelo acolhimento, dedicação, acompanhamento e contribuições com a pesquisa desde 2020. Foi de muito gosto conhecê-la pessoalmente em Portugal, muito grata pelo carinho e conhecimentos partilhados.

Professor Dr. Hermano Alexandre, gratidão por aceitar, acolher e acompanhar com a orientação deste trabalho, pelas valiosas contribuições e aprendizado compartilhado durante a jornada.

Amigas queridas da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, em especial à Dra. Vera Coelho, Isabel Nobre, Juliana Dorta e Coordenadora Luciene Alice, gratidão pela compreensão e apoio imensuráveis.

Profissionais da Banca de defesa da tese, **Prof. Dr. Luciano Lima Correia, Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Junior e Prof.^a Dra. Alessandra da Rocha Arrais**, gratidão pela disponibilidade, confiança e apoio.

Exaltamos o trabalho da **ONG Amada Helena**, de Porto Alegre, a qual tem suprido a necessidade de apoio emocional ofertando 04 consultas de acolhimento às mães e aos pais após perdas perinatais, por psicólogos voluntários. O acompanhamento psicológico para gestantes após perdas, foi inaugurado pela presente pesquisa em parceria com esta ONG, intitulada como **“Gestando Esperança”**.

Grupo “Da Dor ao Amor”, coordenado pelo Lucas e Tatiana, gratidão pela confiança e parceria na realização da pesquisa, bem como na realização dos eventos que promovemos durante a jornada acadêmica.

Psicóloga Giselle Paris, gratidão pela gentileza em disponibilizar a versão brasileira da Escala do Luto Perinatal, e o seu tempo para orientar a aplicação e análise.

Pérolas, mulheres participantes da pesquisa, que cederam seus relatos para a lapidação desta obra. Agradeço por confiar a mim suas histórias de amor com seus anjinhos e o novo bebê.

Ao meu saudoso paizinho Rosalvo Feitosa

Porque Eu Sei Que É Amor

Eu não peço nada em troca

Porque eu sei que é amor

Eu não peço nenhuma prova

Mesmo que você não esteja aqui

O amor está aqui agora

Mesmo que você tenha que partir

O amor não há de ir embora

Eu sei que é pra sempre

Enquanto durar

Eu peço somente

O que eu puder dar

Eu sei que é pra sempre

Enquanto durar

Eu peço somente

O que eu puder dar

Porque eu sei que é amor

Sei que cada palavra importa

Porque eu sei que é amor

Sei que só há uma resposta

Mesmo sem porquê, eu te trago aqui

O amor está aqui comigo

Mesmo sem porquê, eu te levo assim

O amor está em mim mais vivo

Eu sei que é pra sempre

Enquanto durar

Eu peço somente

O que eu puder dar

Porque eu sei que é amor

Composição: Paulo Miklos / Sérgio Britto.

RESUMO

Esta tese é o resultado de um estudo de Método Misto cujo objetivo foi analisar os resultados da intervenção psicoterapêutica “Pré-natal Psicológico” (PNP) desenvolvida para a prevenção do risco aumentado de complicações físicas e emocionais na gestação subsequente às perdas perinatais. O estudo foi realizado no período de abril de 2021 a novembro de 2024 em duas fases: I) pesquisa qualitativa com a amostra de 30 gestantes (Grupo de Casos) com histórico de perdas perinatais; e II) análise quantitativa dos fatores envolvidos na gestação subsequente na qual foram adicionadas 30 mulheres com histórico de perdas perinatais, com outro filho nascido vivo após a perda (Grupo Controle). Ambos os grupos foram submetidos a entrevistas abrangendo características sociodemográficas, história obstétrica da perda anterior e características neonatais da gestação subsequente. A intervenção PNP consistiu em cinco sessões durante a gestação e uma 30 dias após o parto. Os temas de cada sessão foram contextualizados de forma interativa facilitando a livre expressão de sentimentos e relatos das experiências, submetidos à análise temática interpretativa. Sintomas de complicações do luto e de depressão pós-parto foram analisados, comparando os resultados de ambos os grupos utilizando o Odds ratio ($p \leq 0,05$). Ressalta-se a predição persistente de sintomas de depressão (55,6% $p=0,027$) e luto complicado (42,3% $p=0,049$) no Grupo Controle. E, redução significativa no nível de luto do Grupo de Casos, durante (42,9%) e após a intervenção (17,9%). Foi evidenciado que problemas de saúde mental impacta negativamente no resultado da gravidez e desenvolvimento fetal aumentando o risco de desfechos adversos, como a prematuridade, altamente significativo neste estudo ($p=0,020$), com prevalência de 30,0% no Grupo Controle e 6,7% no Grupo de Casos. A análise temática revelou que a falta da elaboração do luto pelo bebê perdido ativa emoções dolorosas na gestação subsequente, comprometendo o desenvolvimento do apego materno ao bebê subsequente e a autoconfiança na capacidade de manter uma gravidez bem-sucedida. Isso tudo refletiu em mecanismos de autoproteção: amortecimento emocional, hipervigilância e perda da ingenuidade (“esperar pelo pior”). Os resultados sugerem que a intervenção PNP desenvolvida neste estudo para gestação pós-perda atuou de forma positiva proporcionando estratégias para o reconhecimento precoce dos sintomas e o tratamento dos distúrbios do humor perinatal, impactando positivamente na gravidez, no desenvolvimento fetal e na parentalidade.

Palavras-chave: gestação; cuidado pré-natal; saúde mental; depressão pós-parto; luto materno.

ABSTRACT

This thesis is the result of a Mixed Method study whose objective was to analyze the results of the psychotherapeutic intervention “Psychological Prenatal” developed to prevent the increased risk of physical and emotional complications in subsequent pregnancy. The study was carried out virtually, from April 2021 to November 2023, in two phases: I) qualitative research, with a sample of 30 pregnant women (Case Group) with a history of perinatal losses; and II) quantitative analysis of the factors involved in pregnancy subsequent to perinatal losses to which 30 women with a history of perinatal losses, with another live-born child after perinatal loss (Control Group) were added. Both groups underwent interviews covering sociodemographic characteristics, obstetric history of the previous loss and neonatal characteristics of the subsequent pregnancy. The PNP intervention consisted of five sessions during pregnancy and one 30 days after delivery. The themes of each session were contextualized in an interactive way, facilitating the free expression of feelings and reports of experiences, submitted to interpretative thematic analysis. Symptoms of complications of grief and postpartum depression were analyzed, comparing the results of both groups using the Odds ratio ($p \leq 0.05$). The persistent prediction of symptoms of depression (55.6% $p=0.027$) and complicated grief (42.3% $p=0.049$) in the Control Group is highlighted. And, a significant reduction in the level of grief in the Case Group, during (42.9%) and after the intervention (17.9%). It was shown that mental health problems have a negative impact on pregnancy outcomes and fetal development, increasing the risk of adverse outcomes, such as prematurity, which was highly significant in this study ($p=0.020$), with a prevalence of 30.0% in the Control Group and 6.7% in the Case Group. Thematic analysis revealed that the lack of elaboration of mourning for the lost baby activates painful emotions in the subsequent pregnancy, compromising the development of maternal attachment to subsequent baby and self-confidence in the ability to maintain a successful pregnancy. All of this was reflected in self-protection mechanisms: emotional cushioning, hypervigilance and negativity (“expecting the worst”). The results suggest that the PNP intervention developed in this study for post-loss pregnancy acted positively by providing strategies for early recognition of symptoms and treatment of perinatal mood disorders, positively impacting pregnancy, fetal development and parenting.

Keywords: pregnancy; prenatal care; mental health; postpartum depression; maternal grief.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa: Estado de origem das participantes da pesquisa.....	35
Figura 2 – Fluxograma: recrutamento das gestantes elegíveis para a intervenção.....	37
Figura 3 – Fluxograma: procedimentos de coleta de dados.....	39
Figura 4 – Desenho elaborado pela participante G26.....	45
Figura 5 – Construção do vínculo afetivo: mãe e o bebê.....	66
Figura 6 – Convite aos papais.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de Luto Perinatal (Versão em Português)	40
Quadro 2 – Análise Temática.....	41
Quadro 3 – Análise Quantitativa.....	42
Quadro 4 – Análise de Conteúdo.....	42
Quadro 5 – Protocolo de Intervenção Psicoterapêutica: Pré-natal Psicológico (PNP)....	46
Quadro 6 – Mitos envolvidos na experiência do luto.....	48
Quadro 7 – Transformações após a perda.....	55
Quadro 8 – Instruções para a Massagem Shantala.....	70
Quadro 9 – Análise temática: temas superordenados e subordinados derivados das entrevistas.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica. Casos e controles. Brasil: 2021-2023....	72
Tabela 2 – Histórico obstétrico: Gestação da Perda Perinatal. Casos e controles. Brasil: 2021-2023.....	74
Tabela 3 – Sintomas de depressão pós-parto na gestação subsequente. Casos e controles. Brasil: 2021-2023.....	75
Tabela 4 – Sintomas de complicação do Luto Perinatal. Casos e controles. Brasil: 2021-2023.....	75
Tabela 5 – Luto Perinatal. Casos. Período do Pré-natal e Puerpério. Brasil: 2021-2023	76
Tabela 6 – Características obstétricas e neonatais. Gestação subsequente. Casos e controles. Brasil: 2021-2023.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psicologia
APS	Atenção Primária à Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAIQ	Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa
CID-11	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
DENFRENT	Dificuldades de Enfrentamento
DESP	Desespero
DPP	Depressão pós-parto
ELP	Escala de Luto Perinatal
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
ESF	Equipe de Saúde da Família
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNP	Pré-natal Psicológico
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SATIVO	Sufrimento Ativo
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UFC	Universidade Federal do Ceará
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Aproximação com o tema.....	16
1.2	Gestação subsequente à perda perinatal.....	20
1.3	Panorama do cuidado às gestações subsequentes.....	21
1.4	Pré-natal Psicológico para gestação pós-perdas: intervenção psicoterapêutica..	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1	Impactos da perda perinatal na Gestação subsequente.....	26
2.2	Impacto no desenvolvimento fetal/bebê: comprometimento ao apego.....	28
2.3	Luto perinatal como preditor de luto complicado.....	30
2.4	Luto prolongado ou crônico.....	31
2.5	Luto e depressão na gravidez subsequente.....	32
3	OBJETIVOS	34
3.1	Geral.....	34
3.2	Específicos.....	34
4	MÉTODOS	35
4.1	Tipo de estudo.....	35
4.2	Período e cenário do estudo.....	35
4.3	Critérios de elegibilidade.....	36
4.4	Recrutamento.....	36
4.4.1	<i>Apoio dos gestores das regionais de saúde do município de Fortaleza.....</i>	<i>36</i>
4.4.2	<i>Parceria da ONG Amada Helena e do Grupo de Apoio “Da dor ao Amor”</i>	<i>37</i>
4.5	Amostra.....	38
4.6	Procedimentos de coleta de dados e variáveis.....	38
4.6.1	<i>Operacionalização do estudo</i>	<i>39</i>
4.6.2	<i>Escala de Luto Perinatal (ELP).....</i>	<i>40</i>
4.6.3	<i>Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo/EPDS.....</i>	<i>41</i>
4.7	Análise e tratamento dos dados.....	41
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
6	PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO PARA GESTAÇÃO PÓS-PERDAS.....	45
6.1	Implementação do Pré-natal Psicológico para gestação pós-perdas.....	45
6.2	Descrição narrativa do Pré-natal Psicológico (PNP).....	47

7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	73
7.1	Caracterização sociodemográfica das participantes.....	73
7.2	Desajustes emocionais na gestação subsequente: Sintomas de Depressão Pós-Parto e Luto Complicado.....	74
7.3	Associação significativa do estresse aos resultados adversos na gravidez subsequente e no desenvolvimento fetal: Prematuridade.....	77
7.4	Análise temática.....	80
7.4.1	<i>Sensação de privação dos impulsos maternos.....</i>	81
7.4.2	<i>Mecanismos de autoproteção na gestação subsequente.....</i>	89
7.4.3	<i>Senso de continuidade e conexão: histórias entrelaçadas.....</i>	96
7.4.4	<i>Processar as experiências anteriores e recuperar o senso de confiança.....</i>	102
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
8.1	Recomendações ao Sistema Único de Saúde (SUS).....	111
8.2	Conclusão.....	113
8.3	Pontos fortes e limitações do estudo.....	113
	REFERÊNCIAS.....	115
	APÊNDICE A – ARTIGO NO PRELO.....	124
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO I: PERÍODO GESTACIONAL.....	147
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO II: PERÍODO PUERPERAL.....	149
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO DE INTERVENÇÃO)	150
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO CONTROLE)	152
	APÊNDICE F – AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS PESSOAIS.....	154
	ANEXO A – ESCALA DE LUTO PERINATAL -VERSÃO PORTUGUÊS.....	155
	ANEXO B – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO/EDPDS.....	157
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	159

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o tema

Na ciência psicológica a pesquisa não se separa da prática profissional e o pesquisador não se divide para participar dos diferentes domínios no exercício da profissão (González Rey, 2002). Portanto, a trajetória profissional e pessoal motiva e instiga a aproximação com o tema da pesquisa, bem como a produção do conhecimento converge para as ideias produzidas em todos os âmbitos da vida pessoal e profissional, conceituado por González Rey (2002) como “núcleo vivo de produção conceitual”.

Nesse sentido, descrevo a seguir a minha trajetória pessoal e profissional, consideradas como fontes de integração subjetiva para a construção desta pesquisa.

O envolvimento com as experiências de perdas gestacionais vivenciadas pela minha irmã, Rosana Mara, foi a principal inspiração para investir esforços nesta trajetória. Além das sucessivas perdas gestacionais, na última gestação, sendo gemelar, enfrentou a perda de um dos bebês no sexto mês, passando pelo desafio de gestar o seu bebê anjinho junto ao bebê sobrevivente, o Luís André, nosso milagrinho. Ela sempre me dizia: “Por que você não dedica seus estudos a essas mulheres? Elas precisam muito desse cuidado”.

Concluí a graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), em 1993. Cabe destacar que, no último ano da graduação, atuei como estagiária no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP). O estágio supervisionado por uma psicanalista, direcionado ao acompanhamento de grupos de gestantes, parturientes e puérperas, gerou um encantamento com a Psicologia Perinatal e a constatação da necessidade primordial desse espaço de escuta e valorização dos aspectos psíquicos nessa fase da vida da mulher e início da vida do bebê. Desde então, venho direcionando os meus estudos e atuação profissional nesta área.

Após a conclusão da graduação tive a experiência pessoal da gravidez da minha primeira filha, Luma Bianca, na qual enfrentei as diferentes angústias e ansiedades sendo recém-casada, recém-formada e mãe de “primeira viagem”. E, ainda, um parto repleto de iatrogenias: sem acompanhante, separação do bebê (as maternidades funcionavam em esquema de berçário), horários restritos de visitas e “grosserias” da equipe.

Quando minha filha fez um ano iniciei a especialização em Psicologia Hospitalar e Saúde (PUC-SP), com residência no Hospital Pérola Byington/SP na enfermaria de Oncologia Mamária. Foi marcante o primeiro atendimento a uma gestante na pré-cirurgia de quadrantectomia. Um importante processo de aprendizado sobre os aspectos psíquicos

envolvidos no câncer, a influência dos mecanismos estressores em nosso sistema imunológico, além dos desafios angustiantes do luto pelas experiências de mutilação e iminência de morte no enfrentamento do câncer. Neste período, para enriquecer minha prática, busquei aprimorar meus conhecimentos com os cursos: “Psico-Oncologia” e “Psicoprofilaxia da Gravidez com abordagem Corporal”, no Instituto Sedes Sapientiae/SP.

Em 1997, mudei-me com a minha família para Cuiabá/MT, e, no mesmo ano, trabalhei no Hospital Femina onde implantei o serviço de Psicologia Hospitalar na Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINEO), além de realizar grupos de gestantes com uma amiga, enfermeira obstetra.

Em 1999, tive a minha segunda filha, Mariana, em uma experiência bem diferente da primeira, uma gestação envolvida por uma rede de apoio fortalecida (pais, irmãos), um parto normal, com a presença do esposo, da amiga enfermeira obstetra e de uma obstetra atenciosa, Dra. Marcia Yamamoto. Embora tudo estivesse perfeito, após o parto experimentei a tristeza materna (*baby blues*) e o excessivo sentimento de culpa por ter que deixar uma bebê tão indefesa para retornar ao trabalho, pois, na época, trabalhava na clínica e não tive a licença maternidade.

Em 2003, através de concurso iniciei a carreira pública como psicóloga do SUS, primeiramente, na Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso. Atuei ativamente na implementação das Políticas de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (MS), como: Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Rede de Atenção às pessoas em situação de violência, elaboração do Projeto de Convênio do MS: “Atenção Integral ao Ciclo Gravídico-Puerperal”, no qual também fui facilitadora.

Em 2008, fiz a formação em Psicologia Perinatal pelo Instituto Gerar/SP, com a psicanalista Vera Iaconelli, importante para aprofundar meus conhecimentos sobre a maternidade, relação mãe-bebê, psicopatologias do puerpério e parentalidade.

Desde 2010, venho atuando na implantação das Políticas de Saúde da Mulher do Governo do Estado do Ceará. Em 2011, fui convidada para assessorar a elaboração e operacionalização do Plano Estadual da Rede Cegonha. Este trabalho, além de ter recebido destaque nacional, foi alvo de pesquisa da UERJ, e com apoio do Ministério da Saúde e da ABRASCO, gerou o capítulo do livro: “Experiênci(Ações) e Práticas de Apoio no SUS”, do qual sou coautora. Para subsidiar-me nesta intensa implementação da Rede Cegonha no Estado, em 2014, cursei a especialização em “Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde” ofertada pelo Hospital Sírio-Libanês.

Uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal é o fortalecimento dos Comitês de Prevenção desses óbitos, no qual tenho dedicado esforços desde o início da carreira pública, por acreditar que o conhecimento da realidade por meio da análise aprofundada dos casos pode modificar as práticas e reduzir os agravos. Nesse sentido, em 2016, os estudos realizados no Comitê Estadual instigaram-me à seguinte questão: as causas de elevados índices de óbitos fetais e a possível associação com a peregrinação das gestantes em busca de maternidade para realização do seu parto.

Estas foram as questões que levantei para a elaboração do Projeto de Pesquisa do mestrado, realizado em 2017-2018, cujo título foi: “Demoras na Assistência Obstétrica com desfechos de óbitos fetais”, orientado pelo Prof. Dr. Herlânio Costa. Uma pesquisa de caso-controle, na qual entrevistei 74 mulheres após o parto de natimortos, nos leitos de uma maternidade universitária. Mesmo tendo que cumprir o protocolo de preencher o formulário padronizado, dediquei a escuta qualitativa a essas mulheres, prévia à entrevista, trazendo para o estudo a visão da epistemologia qualitativa que valoriza a experiência e a subjetividade do sujeito, integrada e complementar ao método quantitativo (González Rey, 2002). Deparei-me com a gritante necessidade das mulheres de serem acolhidas em seus sofrimentos diante da morte de seus filhos, além de me sentir muito realizada em oferecer a oportunidade desse espaço de escuta. Foram relatos surpreendentes, devidamente registrados na minha dissertação¹, os quais foram apresentados no Congresso de Investigação Qualitativa (CIAIQ) em Lisboa/Portugal em 2019.

Foi então que junto ao orientador, decidimos continuar o estudo no doutorado, oferecendo a oportunidade de investigar os fatores e os cuidados pré-natais na gestação após a perda, com o tema: “Gestação subsequente à Perda Perinatal: Análise dos resultados de um Programa de Pré-natal Psicológico”.

Logo que entrei no doutorado, veio a pandemia, a perda do meu pai pelo coronavírus-19 (COVID-19) e a experiência de um luto intenso. Entretanto, foi um luto muito bem elaborado, pois busquei psicoterapia pessoal especializada em luto, participei de um curso transformador com o psicólogo Rodrigo Luz, autor do livro: “O luto é outra palavra para falar de amor” - uma das referências para a construção desse trabalho. Assim, foi possível vivenciar a minha dor com toda intensidade e mergulhar no luto que ressignificou a

¹ MARTINS, M. C. F. **Demoras na assistência obstétrica de gestantes com desfecho de óbito fetal (ante ou intraparto): estudo de caso-controle**. 2018. <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/31133>

minha vida. Descrevo esse processo como transformador para descobrir a intangível e inimaginável forma de acolher a dor das mulheres participantes da pesquisa.

Outra importante oportunidade que obtive nesta trajetória do doutorado, foi a experiência da coorientação da professora Ana Dias do Grupo de Pesquisa da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra/Portugal. Desde o momento em que fiz contato por e-mail em 2020, ela acolheu a proposta de realizar a mobilidade acadêmica na Universidade. Foram várias reuniões de modo virtual, e, enfim, a concretização do sonho de estar pessoalmente com a Prof.^a Ana, em março de 2024, na Universidade de Coimbra. Na oportunidade, apresentei o projeto deste estudo e o trabalho que realizo na Secretaria de Saúde ao seu Grupo de Pesquisa, além de receber suas valiosas orientações e análise dos resultados deste estudo.

Outros cursos que realizei para a compreensão do fenômeno em estudo foram: “Luto Perinatal” (2023), coordenado pela psicóloga Dra. Vera Iaconelli, do Instituto Gerar; “Pré-natal Psicológico” (2020), coordenado pela psicóloga Dra. Alessandra Arrais e o Curso sobre a Teoria de Winnicott (2020), coordenado pela psicanalista Dra. Cristina Kruel.

Dessa forma, reforço que a convergência das experiências pessoais e profissionais colaborou para a construção da proposta da intervenção psicoterapêutica “Pré-natal Psicológico” para gestantes pós-perdas, possibilitando a compreensão da subjetividade humana das participantes da pesquisa em sua complexidade.

E, conjuntamente, o cuidado empático e humanizado dedicado às participantes valorizou cada história singular, aliada à qualidade do vínculo que construímos na jornada do PNP, proporcionando a qualidade da expressão individual e emergindo na informação produzida na pesquisa. O vínculo construído e a relação de confiança foram essenciais para despertar o interesse das participantes em colaborar com a pesquisa.

Ficará marcada em minha memória a primeira sessão do primeiro Grupo do Pré-natal Psicológico desta pesquisa, quando me deparei com mulheres devastadas emocionalmente, sofrendo consequências físicas e emocionais dos agravos da perda da gestação anterior, algumas de repouso absoluto, e, ainda, de luto pelos seus bebês anjinhos.

Sou muito grata a elas pela experiência valiosa, por expressarem sua dor, mesmo em meio ao sofrimento e desafios, e por confiar a mim esse processo de transformação de sua dor em amor pelo seu bebê anjinho e pelo bebê que hoje está em seus braços vivendo essa nova história. Agradeço a Deus por me confiar esse lindo propósito!

1.2 Gestação subsequente à perda perinatal

Gravidez após perda perinatal está associada ao aumento da ansiedade materna e vulnerabilidade emocional, particularmente quando o intervalo intergestacional é curto. Isso é preocupante porque o estresse materno aumenta o risco de desfechos adversos, como prematuridade e baixo peso ao nascer. Além disso, está associada a riscos de recorrência da perda perinatal, ruptura de apego materno e dificuldades na parentalidade (Mills *et al.*, 2014).

A relação entre a perda perinatal e a gestação subsequente foi primeiramente publicada por Bourne e Lewis (1984), a partir de observações clínicas a respeito de riscos psicológicos ligados a distúrbios mentais maternos, observados na interação com o bebê nascido vivo (Vidal, 2010).

De acordo com estudos, como 50% das mulheres engravidam dentro de um ano da perda, em contraste com a experiência esperada de alegria e expectativa esperançosa, efeitos psicológicos negativos podem ser prevalentes quando avaliados durante uma gravidez e puerpério subsequente (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Fernández-Ordoñez *et al.*, 2021; Shakespeare *et al.*, 2019; Wojcieszek *et al.*, 2018).

Outras pesquisas concluíram que a gravidez subsequente à perda perinatal está associada a uma série de sintomas psicológicos negativos, sendo um fator de risco significativo para depressão, ansiedade, sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), luto complicado, isolamento social e ruptura de relacionamentos vivenciados durante a gravidez e no período pós-parto. Esses resultados podem impactar negativamente na gravidez, no desenvolvimento fetal e no comportamento infantil (Burden *et al.*, 2016; Cacciatore; Defrain; Jones, 2008; Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Heazell *et al.*, 2016; Meredith *et al.*, 2017; Shakespeare *et al.*, 2019).

Geralmente, os níveis de ansiedade na gravidez subsequente se intensificam especialmente, em torno do nascimento e de marcos significativos (O'Leary, 2004), e estão associados a sentimentos de fracasso e culpa que influenciariam na identificação com o papel maternal (Vidal, 2010). Essa condição, se não for tratada durante o período perinatal, pode levar a uma variedade de distúrbios, incluindo prematuridade, padrões de comportamento de risco, ganho excessivo de peso, problemas de amamentação e desajuste no apego (Fernández-Ordoñez *et al.*, 2021).

No Brasil, destacamos o trabalho de Vidal (2010), que acompanhou quatro puérperas que já haviam perdido bebês previamente. O estudo em questão observou que a mãe permanecia aprisionada ao temor de um prognóstico ruim, e que dirigiam a si mesmas

um elevado grau de exigência e um estado de ansiedade elevado, com frequentes alterações de humor que dificultavam a percepção das condições clínicas reais.

Outro estudo brasileiro, reforça a importância da atenção dos profissionais para o contexto e os sentimentos que as mulheres vivenciam após uma perda gestacional, pois podem auxiliar em termos de prevenção de saúde mental das mães e de seus bebês, bem como na vinculação pré e pós-natal, aspectos esses que podem impactar no desenvolvimento infantil (Teodózio; Barthi; Levandowski, 2022).

Na gravidez subsequente, a memória da criança perdida pode ser despertada nas diferentes fases da gestação e após o parto. Portanto, há a necessidade de um ambiente acolhedor para o reconhecimento das recordações reavivadas da perda anterior, no sentido de encontrar formas tranquilizadoras de diferenciar os fetos e recém-nascidos saudáveis da memória daqueles que morreram (Weiss *et.al.*, 1989).

1.3 Panorama do cuidado às gestações subsequentes

No Brasil, a persistência de índices preocupantes como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal é um desafio para as políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal como enfoque multidisciplinar. A assistência pré-natal tradicional tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil na história da saúde pública brasileira, pois, além do controle biológico e o acompanhamento do desenvolvimento do conceito, viabiliza o cuidado obstétrico humanizado e integral, tornando-se assim, uma eficiente estratégia de redução da morbimortalidade materna (Tostes, 2012).

Por outro lado, nenhuma resposta visível tem sido demonstrada com relação à redução do estigma e o tabu em torno da perda fetal e melhoria na atenção aos pais enlutados. Diversos estudos reforçam a evidência de que existe uma lacuna social no que se refere à rede de apoio a essas mulheres. A partir do momento do diagnóstico à intervenção, as mulheres afetadas, muitas vezes, se sentem vulneráveis e abandonadas, com muitos custos psicológicos, físicos e sociais negativos, com efeitos sobre relações interpessoais, gestações subsequentes e na parentalidade (Burden *et al.*, 2016).

Estudo constatou que, nos casos específicos de perdas perinatais, a mulher recebe atenção e cuidados de modo impessoal e, muitas vezes, não atende às expectativas, demonstrando atitudes de frieza emocional em relação ao sofrimento proporcionado pela experiência (Santos *et al.*, 2012).

Mulheres que estão grávidas após uma perda perinatal anterior e seus parceiros

podem se beneficiar de cuidados especializados e individualizados, tanto para a sua saúde física quanto emocional, o que poderia resolver muitas das deficiências identificadas nos serviços existentes (Wojcieszek *et al.*, 2018). No entanto, apesar do conhecido risco de recorrência de natimorto, associado a resultados adversos, atualmente há uma escassez de informações para orientar o manejo clínico de gestações subsequentes, e em muitos casos os benefícios médicos de tais práticas permanecem incertos (Wojcieszek *et al.*, 2018).

Devido às emoções psicológicas negativas anteriores, as mulheres se apresentam mais sensíveis aos cuidados prestados pela equipe na gestação subsequente. No entanto, estudos relatam uma variabilidade substancial nos cuidados existentes, incluindo fragmentação e comunicação deficiente. Reforçam a falta de empatia, terminologia insensível e falta de experiência dos profissionais de saúde, dificultando a prestação de cuidados adequados e agravando a situação dos pais após uma perda (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Jones *et al.*, 2019).

Pesquisa com 546 mulheres que engravidaram após natimorto ou morte neonatal no Reino Unido demonstrou que, embora alguns cuidados excelentes tenham sido identificados, experiências negativas eram comuns, como: má comunicação, comentários insensíveis, desconhecimento da história anterior, falta de empatia e suporte emocional inadequado. Fatores organizacionais também foram proeminentes, incluindo a falta de continuidade relacional. Os pais raramente viam os mesmos profissionais e muitas vezes tiveram que contar detalhes da história da perda do bebê anterior em várias ocasiões. Maior ênfase era colocada no aumento do monitoramento do que no atendimento e suporte psicológico (Mills *et al.*, 2022).

Outro estudo realizado em larga escala, multilíngue, dedicado ao cuidado durante gestações subsequentes a natimortos, no qual foram recrutados 2.716 pais de 40 países, embora a maioria dos pais tenha recebido consultas adicionais de cuidados pré-natais e ultrassons, escassos cuidados psicossociais foram relatados. Além disso, a disponibilidade de diretrizes clínicas dedicadas aos cuidados em gestações após natimortos é limitada e, quando disponíveis, se concentram na prevenção da recorrência de natimortos por meio da vigilância pré-parto, em detrimento do bem-estar psicossocial dos pais. No geral, os riscos médicos associados a natimortos anteriores são abordados com mais frequência do que os riscos psicossociais, embora estes últimos sejam mais comuns (Wojcieszek *et al.*, 2018).

Estudo de Bailey *et al.* (2019) evidencia a necessidade de aumentar a conscientização dos profissionais de saúde sobre o potencial impacto emocional do período da gestação subsequente à perda perinatal e a necessidade de apoio emocional. As mulheres neste

estudo notaram diferença positiva no seu bem-estar emocional quando os profissionais de saúde levavam suas preocupações emocionais a sério, ouvindo-as e mostrando-lhes compreensão e empatia.

Os profissionais de saúde devem reconhecer e validar as perdas perinatais anteriores e ter uma compreensão informada do profundo impacto psicossocial sobre os pais em uma gravidez subsequente. A educação e o treinamento sobre luto para todos os profissionais de saúde que cuidam de mulheres e suas famílias no momento da perda, bem como durante uma gravidez subsequente, garantirão competência clínica, bem como sensibilidade emocional (Mills *et al.*, 2022).

Tal como Winnicott (1994), entendia que, para a mãe constituir um ambiente suficientemente bom para o bebê, faz-se necessário que ela própria possa sentir-se emocionalmente sustentada pelo ambiente. Entende-se assim que a mulher que sofreu uma perda gestacional/neonatal demanda um ambiente cuidadoso de extrema sensibilidade da parte do cuidador. Trata-se de um grande desafio, principalmente quando há evidências de que as ações de cuidado tendem a ser mais pautadas em protocolos tecnicistas (Barbosa; Bobato; Mariutti, 2012).

A gravidez após a perda requer cuidados pré-natais adicionais que ainda precisam ser investigados para ajudar os pais a lidar com o risco aumentado de complicações físicas e emocionais. Nesta perspectiva, a proposta deste estudo se mostra inédita devido à necessidade de compreensão sobre os fatores que envolvem a gestação subsequente à perda perinatal, na sua complexidade e subjetividade, possibilitando aprimorar conhecimentos baseados em evidências científicas, para direcionar o desenvolvimento de um cuidado ético, considerando o modo singular de vivenciar “a nova gestação” após a perda perinatal.

1.4 Pré-natal psicológico para gestação após perdas: intervenção psicoterapêutica

O programa Pré-natal Psicológico (PNP) é a proposta de intervenção Psicoterapêutica desenvolvida para este estudo para resolver uma das lacunas dos cuidados à gestação subsequente às perdas perinatais. Cientes de que o pré-natal tradicional se ocupa prioritariamente das questões fisiológicas da gestação, com sua maior preocupação voltada para a saúde física da mãe e do bebê, o Pré-natal Psicológico, objetiva permitir um atendimento integral para a mãe e sua família (Arrais; Mourão; Fragalle, 2014).

O PNP é uma abordagem diferenciada dos cursos de gestantes. Visa a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos com ênfase na preparação psicológica para a maternidade e paternidade (Arrais;

Mourão; Fragalle, 2014). É considerado como trabalho preventivo, pois, possui a finalidade de reduzir a incidência de novos casos de distúrbios psicológicos pelo fortalecimento das capacidades para enfrentar novas situações e conflitos. O fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego e do domínio cognitivo da situação ajuda a gestante a elaborar a situação presente, dando novo sentido às experiências de desajustamento do passado. É essencialmente um atendimento focal, com tempo e objetivos limitados, realizado em grupo ou individual. Os principais aspectos técnicos são: a ênfase nos conflitos atuais e nas principais relações interpessoais envolvidas (Maldonado, 1991).

Complementar ao pré-natal tradicional, o PNP possui caráter psicoterapêutico e o principal objetivo da intervenção psicológica neste aspecto é oferecer escuta especializada, fornecer um espaço para a livre expressão dos sentimentos, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e orientações, com extensão à família, em especial, ao cônjuge e aos avós, visando o fortalecimento da autonomia e participação ativa no ciclo gravídico-puerperal e na parentalidade (Arrais; Mourão; Fragalle, 2014).

Representa uma importante contribuição que um psicólogo especializado pode propiciar às mulheres e às famílias que enfrentam os desafios de uma gestação subsequente às perdas perinatais, considerando que a história obstétrica de perda perinatal tende a ser um fator de risco para adoecimento psiquiátrico em gestações e puerpérios futuros (Shakespeare *et al.*, 2019). Portanto, isso justifica a necessidade de que os agravos à saúde mental materna recebam atenção prioritária no âmbito da saúde pública, especificamente no contexto das perdas perinatais.

De acordo com González Rey (2002), uma das características epistemológicas atribuídas à pesquisa qualitativa é a sua natureza teórica assinalada como via de produção de conhecimento e produção orgânica do pensamento. Gera suas necessidades, que conduzem às categorias e construções, transformadas pelo pesquisador que as adota como cenário ideal para acomodar seus achados. Nessa perspectiva, o desenvolvimento do PNP para gestantes após perdas fundamentou-se nas seguintes teorias:

O’Leary (2004): propõe o desenvolvimento de um “senso de continuidade com o bebê que morreu e conexão ao novo bebê”. A autora argumenta que uma nova camada de luto surge quando os pais engravidam novamente, portanto, sugere reformular o fenômeno do luto não resolvido em pais que estão em uma gravidez subsequente após uma perda anterior, dar sentido ao papel parental ao bebê que morreu, para auxiliar no desenvolvimento de novos apegos. Intervenções nesse sentido são essenciais para apoiar a relação parental com o bebê na gravidez subsequente (O’ Leary, 2004).

Teoria do apego de Bowlby (1980): A disponibilidade de preservar o vínculo afetivo dos pais com o bebê morto possibilita que seu senso de identidade seja preservado e eles se tornam capazes de reorganizar suas vidas ao longo de linhas que consideram significativas.

O PNP para gestação subsequente à perda perinatal foi desenvolvido com as seguintes finalidades:

- a) Integrar a representação da história do bebê que morreu à vivência da gestação atual.
- b) Intensificar e facilitar as expressões do luto, permitindo ressignificar suas experiências.
- c) Reconhecer os sentimentos parentais pelo bebê que morreu, iniciando a compreensão do vínculo que está se formando na gravidez atual.
- d) Oferecer a oportunidade para processar as experiências anteriores e novos recursos para planejar e lidar com elementos estressores do parto e do nascimento.

Os laços de apego não podem ser abandonados, mas eles podem ser retrabalhados ou transformados de tal forma a deixar espaço na organização psíquica do indivíduo para o desenvolvimento de novos apegos (um novo bebê).

Estabelecer os efeitos da perda perinatal na saúde mental das mulheres durante e após uma gestação subsequente e identificar fatores de risco para luto complicado e depressão fornece uma base para melhorar as diretrizes do cuidado, a fim de que as vivências de perdas perinatais tragam menor impacto na vida da gestante e sua família.

Embora haja uma grande quantidade de literatura sobre o assunto de fatores de risco e padrões de luto, há escassez de pesquisas documentando a eficácia de diferentes intervenções. O que está claro, no entanto, é que as descobertas atuais indicam a importância do monitoramento e suporte psicoterapêutico (Kersting; Wagner, 2012).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Impactos da perda perinatal na Gestação subsequente

Para cada mulher, viver a experiência da gestação constitui um momento especial, e, muitas vezes, significa a concretização de um projeto de vida (Amthauer, 2017). Quando ocorre a perda do bebê, há uma quebra abrupta de expectativas e o impacto pode ser devastador e persistente na vida dos pais, deixando marcas profundas e traumáticas (Amthauer, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a mortalidade perinatal compreende os óbitos ocorridos entre a 22ª semana de gestação e o sexto dia completo de vida após o nascimento. Ou seja, engloba a mortalidade fetal e a neonatal precoce (0 a 6 dias de vida). A análise conjunta dessas mortalidades é importante, pois suas causas são similares e, frequentemente, relacionadas às condições do pré-natal, do parto e do recém-nascido. Assim, as intervenções que reduzem a natimortalidade e a mortalidade neonatal precoce também reduzem a mortalidade materna (Nobrega *et al.*, 2022).

No entanto, um alto número de natimortos ocorre por causas inexplicáveis e em gestações que não tiveram complicações, e na maioria dos casos, a perda é muito repentina (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014). Sem respostas claras, as mães podem se sentir excluídas de grupos sociais dos quais faziam parte antes de sua perda, aumentando a sensação de isolamento e vergonha (Frøen *et al.*, 2011).

Resultados de pesquisas evidenciam que estes eventos são percebidos como uma tragédia para as famílias, e podem acarretar impactos psicológicos, físicos e sociais devastadores, com efeitos contínuos nas relações interpessoais, podendo se estender para gestações subsequentes e na parentalidade (Cacciatore; Defrain; Jones, 2008; Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Meredith *et al.*, 2017).

Embora a morte perinatal anterior seja consistentemente reconhecida por aumentar a ansiedade, o estresse e a vulnerabilidade emocional, as mulheres frequentemente relatam planejar outra gravidez, com estimativas de 50% concebendo dentro de um ano e 86% dentro de 18 meses (Meaney *et al.*, 2017; Mills *et al.*, 2022).

A questão do tempo tende a ser subestimada, e alguns pais são incentivados a terem logo outro filho numa tentativa de preencher o vazio angustiante (Iaconelli, 2007). Esse comportamento de engravidar o mais rápido possível é frequentemente interpretado para desfazer a sensação de fracasso materno e cumprir as expectativas culturais de ser uma mãe bem-sucedida (Dyer *et al.*, 2019). Faria parte de um repertório de comportamentos

defensivos, cuja finalidade é operar de forma inconsciente em relação à dor provocada pela “ferida aberta” que esse tipo de perda provoca (Vidal, 2010). Embora, sintam necessidade de provar suas capacidades reprodutivas, o mais rápido possível, o desejo de uma nova gestação pode gerar ansiedade, pois temem a recorrência de natimorto (Burden *et.al.*, 2016; Mills *et.al.*, 2014).

A perda perinatal está associada a uma série de sintomas psicológicos negativos, e quando avaliada durante uma gravidez e puerpério subsequente, é um fator de risco significativo para depressão, ansiedade e sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Burden *et al.*, 2016; Heazell *et al.*, 2016; Shakespeare *et al.*, 2019). O sofrimento psicológico aumenta o risco de maus resultados na gravidez e de dificuldades parentais a longo prazo (Meredith *et al.*, 2017). Além disso, estudos acrescentam que a mulher que possui história obstétrica de óbito fetal apresenta risco aumentado do mesmo evento na gravidez subsequente, particularmente quando o intervalo intergestacional é curto (Meaney *et al.*, 2017; Mills *et al.*, 2022).

Na gravidez subsequente, alguns pais podem experimentar um contínuo de emoções que oscila entre ansiedade e otimismo esperançoso. Geralmente, as mulheres tornam-se mais vigilantes para o desenvolvimento de qualquer complicação nesta gestação e sentem maior envolvimento com os cuidados na gravidez. Experimentam ciclos de medo e alívio relacionados às mudanças na frequência dos movimentos e outros sinais, o que geralmente ocasiona insônia e sono perturbado (Mills *et al.*, 2014).

A história de natimorto está associada à frequência elevada de outras complicações na gravidez seguinte, incluindo taxas aumentadas de resultados adversos, como parto induzido, cesariana eletiva e de emergência, parto prematuro, baixo peso ao nascer, descolamento prematuro da placenta, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional (Wojcieszek *et al.*, 2018).

Estudo de Lamb (2002) evidencia que perdas perinatais, independentemente da etapa da gestação, apresentam-se como uma crise de vida significativa, com implicações de longo alcance nas aspirações futuras de um casal. Quatro questões foram identificadas neste estudo: 1) processo de luto na gravidez subsequente; 2) mecanismos de enfrentamento dos pais; 3) síndrome da criança substituta ou vulnerável; e, 4) questões parentais com o filho nascido vivo subsequente. As questões que envolvem a ansiedade como mecanismo de enfrentamento durante a gravidez após uma perda perinatal estão documentadas de forma consistente no estudo em questão.

Estudo recente de revisão bibliográfica integrada, com o objetivo de explorar as experiências dos pais com a gravidez após uma perda perinatal anterior, identificou os principais desafios psicossociais enfrentados pelos pais enlutados em gestações subsequentes: luto contínuo, depressão, ansiedade e disparidades no processo de luto entre homens e mulheres. A importância do cuidado especializado com um nível maior de suporte de profissionais de saúde competentes, confiantes e compassivos foi destacada pela literatura (Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023).

Estudo de Vidal (2010) encontrou no caso de uma mãe, após o parto prematuro subsequente à perda perinatal, sintomas de depressão, vivenciados como fragmentação do sentimento e da percepção subjetiva de si mesma, ausência de sentimentos empáticos, baixa autoestima, senso de inadequação (falha e culpa), hipocondria, desleixo com a higiene pessoal e somatizações. A análise interpretativa do autor reflete que esta forma de luto se referia ao processo de construção da identidade parental, eminentemente narcísica, pois não eram subjetivamente percebidos como sujeitos discriminados e espelhavam sua capacidade de ser mãe.

Rubin (1984) reforça que a mulher desenvolve uma identidade *maternal identity* única para cada filho, e se um bebê morre no período neonatal, essa identidade não se desenvolve, fica “presa” no bebê que morreu, constituindo-se como uma representação que a mãe faz de si mesma (Vidal, 2010).

Outro estudo evidencia os efeitos deletérios da depressão perinatal no apego mãe-filho, no comportamento infantil e nos resultados cognitivos e neuroendócrinos que persistem até a adolescência. O reconhecimento precoce dos sintomas pode levar a intervenções preventivas e fornecer estratégias de enfrentamento para reduzir a ansiedade e a depressão e promover o ajuste saudável da mãe, da família e da criança (Blackmore *et al.*, 2011).

2.2 Impacto no desenvolvimento fetal/bebê: comprometimento ao apego

Mulheres grávidas após perda perinatal, frequentemente, descrevem sua experiência de proteger suas emoções e evitar vínculos pré-natais, devido ao medo de outra perda. Pesquisa anterior sobre gravidez após perda perinatal identificou o mecanismo de autoproteção comum, porém complexo, chamado “amortecimento emocional”, definido como uma combinação única de circunstâncias e respostas usadas por mulheres para lidar com a ansiedade, a incerteza e a sensação de vulnerabilidade, vivenciadas nas gestações subsequentes (Côté-Arsenault; Donato, 2011).

Estudos reforçam que as dificuldades de desenvolver ligação com o feto durante a

gravidez, estão associadas à falta de confiança das mães em sua capacidade de manter uma gravidez bem-sucedida, pois temem uma recorrência de perda perinatal (Gravensteen *et al.*, 2018; Meaney *et al.*, 2017; Meredith *et al.*, 2017; Mills *et al.*, 2014; Thomas *et al.*, 2021).

O luto prolongado e o sofrimento psicológico na gravidez subsequente à morte perinatal estão associados a resultados adversos e, muitas vezes, persistem além do nascimento de uma criança saudável. Isso se associa ao comprometimento do desenvolvimento do apego em bebês nascidos subsequentes (Armstrong, 2002; Turton *et al.*, 2006; Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Mills *et al.*, 2022).

A análise de tais comportamentos apontava para dificuldades emocionais ligadas aos processos de separação e individuação de seus filhos, comprometendo o desenvolvimento do apego materno-fetal (Vidal, 2010). Alguns autores conceituam tais dificuldades como “síndrome da criança substituta” e “síndrome da criança vulnerável” (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Hughes *et al.*, 2001), sugerido pelo fato de que a criança subsequente pode despertar sentimentos da perda anterior, descritos a partir de observações sobre um processo de distorção na percepção materna que produz comportamentos de superproteção em relação à saúde e à segurança das crianças nascidas após a perda (Armstrong, 2002; Mills *et al.*, 2014).

Resultados de estudos de Hughes *et al.* (2001) evidenciaram que bebês nascidos após natimorto apresentaram aumento significativo na desorganização do apego à mãe em comparação aos bebês controles, fortemente previsto pelo luto materno não resolvido em relação à perda. O estudo acrescentou peso às observações clínicas relatadas, concluindo que esses bebês podem apresentar risco de problemas psicológicos e comportamentais na infância tardia.

Estudo de Turton *et al.* (2009) observou em mães com histórico de natimorto: interação adversa com a criança, níveis mais altos de crítica materna às ações da criança, comportamento controlador da mãe, atmosfera emocional conflituosa e um nível baixo de envolvimento materno com a criança. Alguns desses efeitos pareciam ser mediados por sintomas psicológicos perinatais maternos e desintegração familiar.

Os resultados sugerem que, diante das dificuldades sentidas pelas mães e pelos pais no vínculo com a criança subsequente, são justificadas as intervenções psicossociais para apoiar a relação pais-fetos na gravidez subsequente (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Meredith *et al.*, 2017; Wojcieszek *et al.*, 2018). Os profissionais de saúde precisam estar cientes do possível impacto sobre a saúde mental parental e responder com sensibilidade a estas necessidades (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014).

2.3 Luto perinatal como preditor de luto complicado

O processo de luto na perda gestacional pode ser mais complexo e difícil de ser elaborado, uma experiência quase ao nível do imaginário, pois não existiu uma criança “visível” para chorar e não há memórias nem experiências de vida partilhadas. O impacto dessa perda pode ser devastador e persistente na vida dos pais, pois há uma quebra abrupta de expectativas e a morte normalmente é súbita (Santos *et al.*, 2012).

Muitas vezes, os sintomas são exacerbados pela falta de capacidade de resposta da sociedade em geral e pela falta de apoio social aos pais enlutados. Dessa forma, os pais experimentam fortes sentimentos de isolamento e desconexão de seu ambiente social. Percebem, ainda, que seu bebê é considerado algo substituível, evidenciando culturalmente o luto como um tabu e inaceitável (Cacciatore; Defrain; Jones, 2008; Heazell *et al.*, 2016; Shakespeare *et al.*, 2019; Turton *et al.*, 2006; Weiss; Frischer; Richman, 1989).

Bowlby (1980) defende que, para se oferecer um cuidado a uma pessoa que sofre uma perda, é essencial respeitar, compreender e oferecer a oportunidade de expressar todos os sentimentos para que faça algum progresso na elaboração do luto. Entretanto, na maioria desses casos, por questões sociais e culturais, os sentimentos dos pais são passíveis de serem encarados como indignos e degradantes, e geralmente, expressá-los pode parecer humilhante e atrair críticas e desprezo. Dessa forma, encontram dificuldades para recomeçar e se envolver em um novo investimento no mundo, com todos os perigos de novas decepções e perdas. Evitar o luto é uma importante variante patológica do pesar (Bowlby, 1980). É relevante considerar que, ao lado das condições culturais de significação da perda, há uma mãe privada de seu objeto investido previamente, e que se deveria respeitar e possibilitar as melhores condições para a elaboração do luto (Iaconelli, 2007).

Embora o luto seja um fenômeno natural e não patológico, ele pode levar ao luto complicado, onde os sintomas são mais perturbadores, generalizados ou duradouros do que em uma resposta normal ao luto. Isso é especialmente provável se a morte ocorreu de forma repentina, violenta ou traumática (Kersting; Wagner, 2012). O não reconhecimento por parte do entorno também pode ser muito prejudicial ao psiquismo desses pais, podendo, inclusive, pesar para uma resposta patológica perante a morte do filho (Aguiar; Zornig, 2016). Pais enlutados foram identificados como um grupo de alto risco para luto complicado, com até 25% sofrendo de sintomas graves, anos após a morte do bebê (Ellis *et al.*, 2016).

Os especialistas consideram como luto complicado quando a reação natural de tristeza persistente se torna cada vez mais debilitante e incapacitante. Assim, atende a critérios

para um transtorno mental distinto, que envolve reações frente a uma perda significativa, com anseio ao falecido, em níveis suficientemente elevados e associados a uma insuficiência funcional (Prigerson *et al.*, 2009).

A perda de um filho é reconhecida como uma experiência de vida muito difícil, que frequentemente causa reações complicadas de luto com o risco de afetar negativamente o bem-estar psicológico e físico (Kersting; Wagner, 2012; Stroebe, M.; Schut; Stroebe, W., 2007).

2.4 Luto prolongado ou crônico

O processo de complicação na vivência do luto pode também desencadear o luto prolongado, afetando a qualidade de vida e a saúde mental dos indivíduos. O luto prolongado caracteriza-se por sintomas específicos, como: anseio pelo que foi perdido, dificuldade em aceitar a morte, sensação de perda do significado da vida, sentimento de que parte de si também morreu, resultando em incapacidade de restabelecer sua vida de maneira funcional (Prigerson *et al.*, 2009).

Em 2022, o luto prolongado passou a ser considerado um transtorno mental na nova versão do manual de diagnósticos de transtornos mentais da Associação Americana de Psicologia (APA) e também na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)².

Estudos observaram que o luto pela perda perinatal anterior continua presente durante as gestações subsequentes (Thomas *et al.*, 2021; Warland *et al.*, 2011), e, a memória da criança perdida pode ser despertada nas diferentes fases da gestação e após o parto. Portanto, há a necessidade de um ambiente acolhedor para o reconhecimento das recordações reavivadas da perda anterior, no sentido de encontrar formas tranquilizadoras de diferenciar os fetos e recém-nascidos saudáveis da memória daqueles que morreram (Weiss; Frischer; Richman, 1989).

Estudo utiliza o termo “luto incongruente” para se referir às diferenças de gênero relacionadas ao enfrentamento do luto perinatal. Argumentam que as mães apresentam períodos de luto mais longos e intensos, e são emocionalmente mais expressivas (Callister, 2006). O papel do pai tem sido destacado, geralmente, como provedor de apoio emocional à mãe. O fardo de reprimir sentimentos pode levar à supressão do luto, aumentando potencialmente o risco de problemas psicológicos crônicos (Burden *et al.*, 2016; Cacciatore;

² <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/luto-prolongado-e-um-transtorno-mental-segundo-a-organizacao-mundial-da-saude>.

Defrain; Jones, 2008; Murphy; Thomas, 2013).

Também é importante considerar as diferentes causas da perda gestacional, bem como os efeitos do tempo entre a perda e a gestação subsequente, fatores que podem ter efeitos diferenciados no processo de luto e na vivência da nova gravidez. Segundo estudo de Hughes *et al.* (2001), na gravidez subsequente, o risco de apresentar depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático aumenta quanto menor o tempo desde a perda, embora os sintomas, geralmente, diminuam após o nascimento.

A literatura disponível classifica o luto perinatal na gestação subsequente como um importante preditor de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), diagnosticado em até 25% das gestantes que sofreram perda perinatal. Mesmo um ano após o nascimento de um bebê saudável, após uma perda perinatal anterior, a prevalência de TEPT foi encontrada em 4% a 6% das mulheres que desenvolvem TEPT crônico (Krosch; Shakespeare-Finch, 2017). Esta condição, se não tratada durante o período perinatal, pode levar a uma variedade de distúrbios, incluindo depressão, prematuridade, padrões de comportamento de risco, problemas na amamentação e comprometimento do apego ao bebê (Vignato *et al.*, 2017).

Outro estudo aponta para a importância de dar voz a essas mulheres e suas experiências inomináveis de perda, já que a falta de reconhecimento social para o seu sofrimento dificulta a elaboração da vivência (Teodózio; Barthi; Levandowski, 2022).

2.5 Luto e depressão na gravidez subsequente

Gravidez subsequente pode ser considerada um estressor emocional que interfere no processo normal de luto (Turton *et al.*, 2009). Estudos observacionais descrevem níveis elevados de sintomas depressivos, sintomas de estresse pós-traumático, sintomas de ansiedade e níveis reduzidos de apego pré-natal em gestações subsequentes de natimorto (Armstrong; Hutti; Myers, 2009; Côté-Arsenault, 2007; Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023).

O sofrimento psíquico durante a gestação pode aumentar o risco de depressão perinatal e a vulnerabilidade materna a infecção e doenças pré-natais, e por consequência, afetar o desenvolvimento fetal, o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, a amamentação e o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança (Lebel *et al.*, 2020).

No Brasil, uma em cada quatro mulheres (26,3%) apresentam sintomas de depressão perinatal. A prevalência desse distúrbio no país foi mais elevada que a estimada pela OMS para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria, a depressão. A constatação é do estudo *Factors associated with*

postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012, publicado na edição de abril do *Journal of Affective Disorders*³.

A depressão pós-parto (DPP) é um relevante problema de saúde pública, quer seja pela elevada prevalência, quer seja pelo comprometimento na qualidade de vida para a gestante, seu bebê e demais membros do núcleo familiar, podendo interferir drasticamente no vínculo da mãe e o recém-nascido (Sampaio Neto; Alvares, 2022).

A intensidade do quadro é variável, indo desde a situação clínica denominada “melancolia pós-parto” (*baby blues*), à condição clínica intermediária de DPP e ao grave quadro de psicose puerperal. O *baby blues* é o mais comum, atinge 50% a 80% das mulheres e é um fator de risco para DPP. No outro extremo, está a psicose puerperal, considerada uma urgência médica e que ocorre em 0,1% a 0,2% das puérperas (Tostes *et al.*, 2011). Geralmente, comportamentos normais de luto podem ser reconhecidos como depressão, pois frequentemente exibem o mesmo tipo de sintomas. No entanto, esses comportamentos não são necessariamente reações patológicas (O’Leary, 2004).

A prevalência de transtornos psiquiátricos entre mulheres grávidas após natimorto permanece desconhecida. Os estudos também são conflitantes quanto à diminuição ou não dos sintomas de ansiedade e depressão após o nascimento de um bebê saudável (Gravensteen *et al.*, 2018). Dados os resultados adversos da depressão materna persistente na criança e na família, é de extrema importância o reconhecimento precoce dos sintomas e o tratamento eficaz para distúrbios do humor perinatal, proporcionando estratégias de enfrentamento para reduzir a ansiedade e a depressão, promovendo a saúde e adaptação da mãe, da família e do filho (Blackmore *et al.*, 2011).

³<https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil#:~:text=Compartilhar%3A,ap%C3%B3s%20o%20nascimento%20do%20beb%C3%AA>.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os resultados da intervenção psicoterapêutica “Pré-natal Psicológico” para a prevenção do risco aumentado de complicações físicas e emocionais na gestação subsequente à perda perinatal.

3.2 Específicos

- Compreender as percepções das mulheres sobre a vivência da gestação subsequente à perda perinatal ao participar da intervenção psicoterapêutica Pré-natal Psicológico.
- Avaliar a eficácia da intervenção PNP identificando os fatores envolvidos na gestação subsequente às perdas perinatais e associação aos sintomas de complicações do luto perinatal e depressão pós-parto no grupo que participou da intervenção comparado ao grupo de mulheres submetidas apenas ao pré-natal tradicional.
- Desenvolver um referencial teórico-prático para o cuidado de qualidade às famílias na perda perinatal e nas gestações subsequentes, fundamentado nas evidências científicas e nos relatos das experiências maternas.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

É um estudo de método misto realizado em duas fases, que combinou as abordagens quantitativas e qualitativas para obter a compreensão mais abrangente dos fatores envolvidos na gestação subsequente às perdas perinatais. Caracteriza-se pela técnica de estudo exploratório sequencial, o que significa que o estudo iniciou, na fase I, com o método qualitativo para fins exploratórios, com a intervenção psicoterapêutica “Pré-natal Psicológico” para as gestantes com histórico de uma ou mais perdas perinatais, e continuou, na fase II, com análise quantitativa dos fatores envolvidos na gestação subsequente às perdas perinatais associados aos sintomas de complicações do luto perinatal e depressão pós-parto, na qual foram adicionadas 30 mulheres com histórico de perdas perinatais, com outro filho nascido vivo após a perda perinatal (Grupo Controle). O banco de dados final representa tanto informações quantitativas como qualitativas (Creswell; Plano Clark, 2013).

4.2 Período e cenário do estudo

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pela Banca de Qualificação de Doutorado e pelo Comitê de Ética, cujo Parecer é nº 4.492.386, realizada no período de abril de 2021 a novembro de 2024. A princípio, objetivou-se realizar o estudo com o apoio das Equipes de Saúde da Família (ESF) do Município de Fortaleza/CE. No entanto, no intuito de ampliar a amostra e oferecer segurança às gestantes devido ao período pandêmico, definiu-se realizar a pesquisa de modo virtual, pela plataforma Google Meet. Dessa forma, a pesquisa foi expandida para outros estados com abrangência nacional, conforme Figura 1.

Figura 1 – Mapa: Estado de origem das participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

Legendas

Ceará	18
Bahia	2
Rio Grande do Norte	1
Pernambuco	2
Pará	1
Maranhão	2
Mato Grosso do Sul	2
Rondônia	1
Minas Gerais	3
Goiás	1
São Paulo	10
Rio de Janeiro	6
Rio Grande do Sul	9
Paraná	1
Santa Catarina	1
Brasil	60

4.3 Critérios de elegibilidade

- Grupo de Casos: gestantes com histórico de uma ou mais perdas perinatais (aborto espontâneo, natimorto ou morte neonatal).
- Grupo Controle: mulheres com histórico de uma ou mais perdas perinatais e que tivessem outro filho (seu primeiro bebê vivo após a perda), no momento da coleta, com menos de dois anos de idade.

4.4 Recrutamento

O processo de recrutamento das gestantes para o Grupo do Pré-natal Psicológico (PNP) foi realizado em dois momentos:

4.4.1 Apoio dos gestores das regionais de saúde do município de Fortaleza

- Realização de reuniões para apresentação do Projeto de Pesquisa com gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) das Regionais de Saúde de Fortaleza (II, IV, V e VI).
- Nestas reuniões, deparou-se com a seguinte limitação: a falta da especificação do tipo de perda (aborto, fetal, neonatal) nos Prontuários e na Ficha Perinatal da gestante na APS, nos quais registram-se apenas como “aborto”.
- Agendou-se reunião com o setor de Epidemiologia e Saúde da Mulher destas Regionais, no intuito de obter informações sobre a relação de natimortos de 2018 a 2020 e das gestantes do período vigente (2021).
- Realizou-se o cruzamento dos dados: óbitos fetais, com base nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS) de 2018 a 2020, e das gestantes cadastradas no Pré-natal no período vigente.
- Desse cruzamento, foram identificadas 12 (doze) gestantes para o Grupo de Intervenção, no entanto, foram excluídas 50% dessas gestantes por demonstrar inelegíveis para o estudo: já haviam realizado o parto; não tinham histórico de perdas; e pela perda do bebê na gestação atual.
- Após a etapa do recrutamento, iniciou-se o contato com a equipe responsável pelo Pré-natal das gestantes para viabilizar a realização da Pesquisa com as 06 (seis) gestantes elegíveis (local e contatos/agendamento com as gestantes).
- No final dessa primeira fase do recrutamento, apenas 02 mulheres das 06 (seis) que

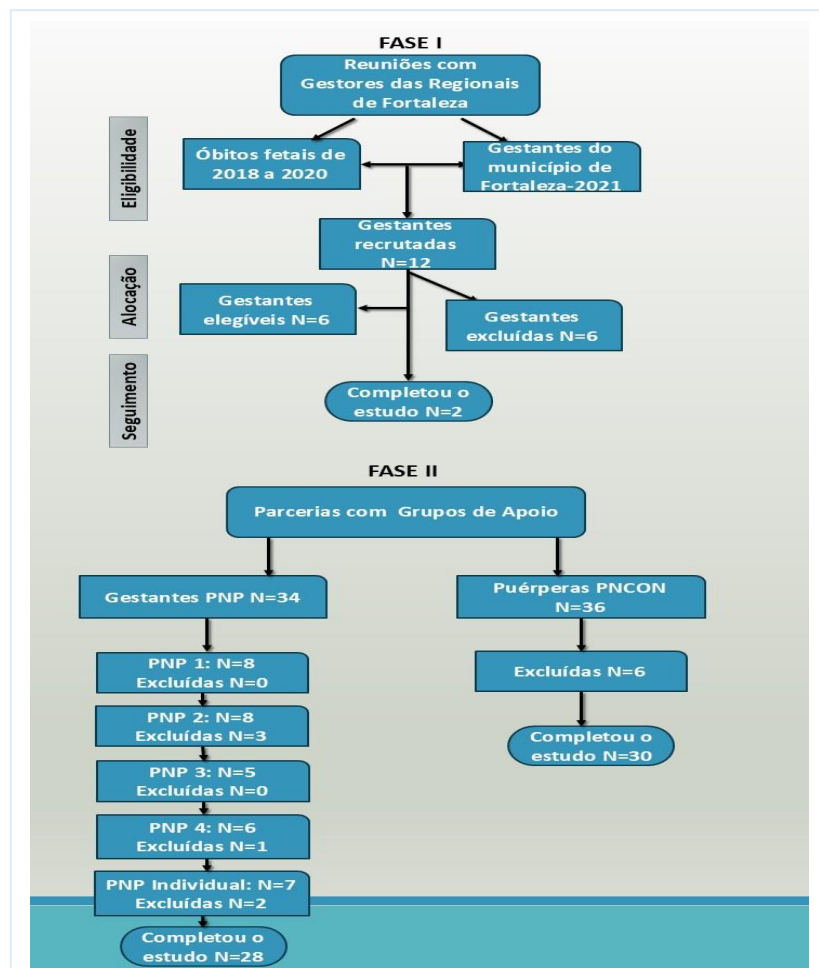
foram recrutadas concluíram o processo da intervenção.

Diante dos resultados não satisfatórios do recrutamento desse primeiro momento e com a finalidade de aumentar a amostra, buscou-se o apoio de grupos de apoio de pais enlutados, conforme descrito a seguir.

4.4.2 Parceria da ONG Amada Helena e do Grupo de apoio “Da dor ao Amor”

Organizações comunitárias que oferecem apoio à população alvo, como a ONG Amada Helena (Porto Alegre/RS) e o Grupo de Apoio “Da dor ao Amor” (Fortaleza/CE), foram abordadas e concordaram em apoiar o recrutamento das participantes. Parcerias consideradas satisfatórias para cumprir os objetivos do estudo, pois além de realizar a indicação das participantes para o estudo, esses grupos fizeram a divulgação/recrutamento em suas Redes Sociais (*Instagram* e *WhatsApp*). O fluxograma do recrutamento das participantes do estudo está resumido na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma: recrutamento das gestantes elegíveis para a intervenção



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: PNP: Pré-natal Psicológico; PNCON: Pré-natal Convencional.

4.5 Amostra

O estudo caracterizou-se pela Amostra Consecutiva, por meio do recrutamento de toda a população acessível no período de tempo determinado e de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa (Cummings *et al.*, 2015).

Para traçar o perfil das participantes, foi aplicado um questionário baseline (Formulário 1) coletando as informações básicas incluindo os critérios de elegibilidade, as quais foram analisadas de forma comparativa entre os grupos, com a expectativa de não haver muitas discrepâncias entre eles.

A amostra foi concluída com 60 participantes, dividida equitativamente em dois grupos: o Grupo de Casos, que se beneficiou da intervenção psicoterapêutica “Pré-natal Psicológico”, e o Grupo Controle, que se beneficiou apenas do Pré-natal tradicional. Na Fase I, foi realizada a intervenção “Pré-natal Psicológico” com a amostra de 30 gestantes.

A amostra dos Grupos de Casos se efetivou com alocação das participantes em 04 (quatro) Grupos de Pré-natal Psicológico, conforme descrito a seguir:

- a) Grupo 1: foram incluídas 08 gestantes. Todas concluíram 100% da intervenção e tiveram posteriormente um bebê vivo;
- b) Grupo 2: foram incluídas 08 (oito) gestantes, dessas, ocorreram 03 (três) perdas no seguimento, 2 (duas) por perdas gestacionais e 01 (uma) por dificuldade de participação;
- c) Grupo 3: foram incluídas 05 mulheres. Todas concluíram 100% da intervenção e tiveram posteriormente um bebê vivo;
- d) Grupo 4: foram incluídas 06 (seis) gestantes, ocorrendo 01 (uma) perda no seguimento por perda gestacional.

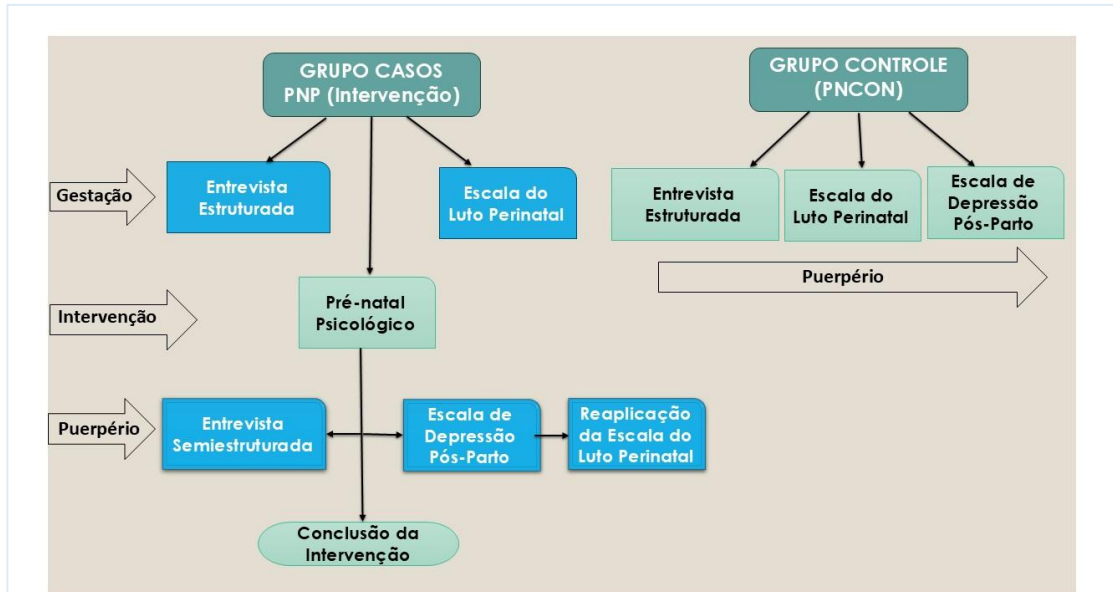
Na Fase II, foi realizado o estudo com a análise quantitativa, sendo incluída a amostra de 60 mulheres: 30 gestantes (Grupo de Intervenção) e 30 mulheres (Grupo Controle). No Grupo Controle, foram incluídas 36 mulheres, sendo excluídas 06 (seis) por apresentar os seguintes critérios de exclusão: tempo de perda acima de 02 anos; não tiveram bebês após a perda.

4.6 Procedimentos de coleta de dados e variáveis

Os procedimentos de coleta de dados foram semelhantes para ambos os grupos, distinguindo apenas em relação ao momento da autoaplicação dos Formulários e Instrumentos de avaliação, bem como a presença e ausência da intervenção PNP, conforme descrito a seguir

(Figura 2).

Figura 3 – Fluxograma: procedimentos de coleta de dados



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: PNP: Pré-natal Psicológico; PNCON: Pré-natal Convencional

4.6.1 Operacionalização do estudo

As participantes do Grupo de Casos (Intervenção) e do Grupo Controle foram envolvidas em uma Entrevista Estruturada por meio de um Formulário padronizado desenvolvido com uma relação fixa de perguntas sobre: caracterização sociodemográfica (idade, escolaridade, estado civil, situação profissional), experiências relacionadas à história da perda anterior (tipo de perda, data, tipo de parto, semana de gestação em que ocorreu a perda, tempo de sobrevivência antes da perda neonatal), antecedentes obstétricos e informações da gestação atual (intercorrências, data provável do parto, número de gestações, tipos de partos, número de filhos, dados sobre a gestação e parto atual) (apêndice A). A autoaplicação no Grupo de Casos foi durante a gestação, antes da intervenção e para o Grupo Controle foi após o recrutamento (após o nascimento do bebê). As participantes preencheram o Formulário virtual, via link do *Google forms*.

Os dados sobre a experiência do parto, nascimento do bebê e características neonatais (idade gestacional, peso e saúde do recém-nascido, amamentação e vínculo com o bebê) foram coletados por meio de entrevista semiestruturada para o Grupo de Casos e entrevista estruturada para o Grupo Controle. Utilizou-se um formulário padronizado, desenvolvido para o estudo (Apêndice B).

Os dados foram verificados quanto à integridade e precisão por um segundo pesquisador antes de serem inseridos em um banco de dados personalizado.

4.6.2 Escala de Luto Perinatal (ELP) (Anexo 1):

A **ELP** foi introduzida a todas as participantes do Grupo de Casos e Grupo Controle. Com a diferença de que para o Grupo de Casos, a autoaplicação ocorreu em dois momentos: 1) no intervalo entre o primeiro e o segundo encontro do PNP e, 2) após o nascimento do bebê. Para o Grupo Controle, a autoaplicação ocorreu somente após o nascimento do bebê.

A **ELP** é um instrumento composto por 33 afirmações psicométricas, divididas em três subescalas:

- **Sofrimento Ativo (SATIVO):** sinais de luto, choro, tristeza e saudades do bebê;
- **Dificuldades de Enfrentamento (DENFRENT):** dificuldades no desempenho de atividades e no relacionamento com os outros; e
- **Desespero (DESP):** sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal.

Conforme o Quadro 1, cada subescala da ELP (SATIVO, DENFRENT, DESP) é apresentada em 11 afirmações, com um escore mínimo de 11 pontos e máximo de 55 pontos cada. A soma das três subescalas varia de 33 a 165 pontos. A identificação do processo de luto configura-se com o **somatório maior que 90 para as mulheres com luto complicado**, e o somatório menor que 90 para as mulheres sem luto (Paris; Montigny; Pelloso, 2017).

Quadro 1 – Escala de Luto Perinatal (Versão em Português)

Escala de Luto Perinatal		
Subescala I - Sofrimento ativo	1	Sinto-me depressiva
	2	Sinto um vazio dentro de mim
	3	Sinto necessidade de falar sobre o bebê
	4	Estou de luto pelo bebê
	5	Estou assustada
	6	Sinto muita falta do bebê
	7	É doloroso relembrar memórias da perda
	8	Fico incomodada quando penso no bebê
	9	Choro quando penso no bebê que perdi
	10	O tempo passa muito devagar desde que o bebê morreu
	11	Sinto-me muito só desde que o bebê morreu
Subescala II - Dificuldades de enfrentamento	12	Acho difícil me relacionar com certas pessoas
	13	Não consigo dar conta das minhas atividades habituais
	14	Tenho pensado em suicídio desde a perda
	15	Sinto que me adaptei bem à perda
	16	Já decepcionei outras pessoas desde que o bebê morreu
	17	Irrito-me com amigos e parentes mais do que devia
	18	Às vezes sinto que preciso de aconselhamento profissional para me ajudar a retornar à minha vida normal

Subescala III - Desespero	19	Parece que somente existo e não estou viva de verdade desde que o bebê morreu
	20	Sinto-me um tanto afastada e distante, mesmo entre amigos
	21	Tem sido difícil tomar decisões desde que o bebê morreu
	22	É ótimo estar viva
	23	Tomo remédios para os nervos
	24	Sinto-me culpada quando penso no bebê
	25	Sinto-me fisicamente doente quando penso no bebê
	26	Sinto-me desprotegida num mundo perigoso desde que o bebê morreu
	27	Tento rir, mas não acho graça de mais nada
	28	A melhor parte de mim morreu junto do bebê
	29	Culpo-me pela morte do bebê
	30	Sinto-me sem valor desde que o bebê morreu
	31	É mais seguro não amar
	32	Preocupo-me sobre como será o meu futuro
	33	Ser uma mãe enlutada significa ser uma “cidadã de segunda classe”

Fonte: Paris; Montigny; Pelloso, 2017.

4.6.3 Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo/EPDS (Anexo 2):

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (EPDS), desenvolvida na Inglaterra em 1987, foi validada e adaptada para diversos países, entre eles o Brasil. Consiste em uma escala que contém dez afirmações que recebem uma pontuação de zero a três, dependendo da intensidade do sintoma depressivo, sendo considerada sintomatologia depressiva, valor superior ou igual a 12, ponto de corte que indica nível clínico de depressão (Cox; Holden, 2003).

A EPDS foi introduzida a todas as participantes do Grupo de Casos e Grupo Controle no período pós-parto. Com a diferença que para o Grupo de Casos, a autoaplicação ocorreu junto a entrevista semiestruturada sobre o puerpério, e para o Grupo Controle, por autoaplicação via formulário enviado de forma virtual.

4.7 Análise e tratamento dos dados

As análises da pesquisa foram realizadas utilizando as técnicas para atender aos objetivos do estudo (Quadros 2, 3 e 4).

Quadro 2 – Análise Temática

Objetivo 1: Compreender as percepções das mulheres sobre a vivência da gestação subsequente à perda perinatal ao participar da intervenção psicoterapêutica Pré-natal Psicológico.
Análise Qualitativa Foi utilizada a análise temática interpretativa, organizada de modo indutivo e reflexivo (Braun <i>et al.</i> , 2019), realizada a partir de um processo de codificação que emergiu da

leitura das transcrições pela pesquisadora que conduziu as entrevistas, em seis etapas: 1) familiarização com os dados pela leitura e releitura ativa em busca de significados e identificação de possíveis padrões, 2) geração de códigos iniciais identificando o conteúdo latente ou semântico da análise, 3) busca por temas abrangentes, 4) revisão dos temas ao nível dos extratos de dados codificados, 5) definição e nomeação dos temas definidos e refinados em um mapa temático coerente aos objetivos e à pergunta de pesquisa e 6) produção do relatório. A análise foi refinada e concluída em reuniões com a seleção e o reagrupamento dos fatores analisados, realizaram-se discussões até que o consenso total fosse alcançado para a conclusão da categorização das expressões significativas para descrição dos resultados (Kornbluh, 2015). Finalmente, os temas emergentes em todo o conjunto de dados foram formulados e os temas superordenados e subordinados foram identificados.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 – Análise Quantitativa

Objetivo 2: Avaliar a eficácia da intervenção PNP identificando os fatores envolvidos na gestação subsequente às perdas perinatais e associação aos sintomas de complicações do luto perinatal e depressão pós-parto no grupo que participou da intervenção comparado ao grupo de mulheres submetidas apenas ao pré-natal tradicional.

Análise Quantitativa

Os dados foram tabulados em planilha de Excel e analisados por meio do software SPSS versão 25. Para as variáveis qualitativas, foram calculadas frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram resumidas por meio das estatísticas: média, desvio padrão e quartis. A comparação das variáveis qualitativas entre os grupos caso e controle foi verificada por meio dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Para comparações envolvendo variáveis quantitativas, foram utilizados os testes de Mann-Whitney e T de Student para amostras independentes. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas e para todos os procedimentos inferenciais, foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$ (5%).

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 – Análise de Conteúdo

Objetivo 3: Desenvolver um referencial teórico-prático para o cuidado de qualidade para as famílias na perda perinatal e nas gestações subsequentes, fundamentado nas evidências científicas e nos relatos das experiências maternas.

Análise Qualitativa

Para explorar o tema e orientar a compreensão da complexidade do fenômeno foi utilizada a história de vida como estratégia metodológica. De acordo com a delimitação deste estudo, que tem como recorte a percepção de mães em situação de perdas perinatais, utilizou-se a entrevista em profundidade, sem roteiro estruturado e com a formulação de apenas uma questão norteadora “história da perda”, a qual direcionou as participantes da pesquisa a falarem abertamente sobre a experiência do cuidado recebido nesse contexto (Queiroz, 1988).

Como técnica de tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, considerando sua característica “objetiva de forma que o conteúdo seja integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos” (Minayo, 2010,

p. 308). A análise foi constituída pelas seguintes fases:

I) Pré-análise: leitura e análise de todas as transcrições para seleção dos relatos, os quais, efetivamente, estão de acordo com os objetivos deste estudo.

II) Análise: a leitura exaustiva dos discursos permitiu desenvolver as impressões, orientações e direções para a análise utilizando a Classificação de Rando (Rando, 2012) na perspectiva dos Seis Processos 'R' de luto: 1) Reconhecer a perda; 2) Reagir à separação; 3) Rememorar a perda; 4) Renunciar à maternidade; 5) Reajustar-se à nova situação; 6) Reinvestir/Ressignificar.

III) Interpretação: categorização das expressões significativas por similaridade e analogia ao modelo, considerando-se as evidências que emergiram para outras subcategorias, as quais contribuíram, na segunda etapa da análise, para a elaboração do artigo: "Cuidado de qualidade às famílias no contexto da perda perinatal".

Fonte: Elaborado pela autora.

5 ASPECTOS ÉTICOS

- O projeto foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) /Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, cujo número do parecer é 4.492.386.
- Possuiu a anuência do Gestor Estadual (Secretário de Saúde do Estado) e do gestor municipal (Secretário de Saúde do Município), bem como do Diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC), com a assinatura do Termo de Fiel Depositário.
- Foi respeitado o consentimento das participantes para participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C e D).
- Todas as precauções foram tomadas para proteger a privacidade das participantes da pesquisa e a confidencialidade de suas informações pessoais.
- Todos os áudios e vídeos das participantes foram obtidos mediante autorização expressa e por escrito para captação e utilização de imagens pessoais; armazenados em arquivos protegidos, por tempo suficiente para a pesquisa e com acesso restrito aos pesquisadores, e após esse prazo, serão destruídos.
- Foi adotada uma postura ética de acolhimento e escuta qualificada antes do início das entrevistas, procurando estabelecer relacionamento de vínculo e confiança.
- No intuito de ampliar a amostra e oferecer segurança às gestantes devido ao período pandêmico, definiu-se realizar a pesquisa de modo virtual, pela plataforma Google Meet.
- Possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa foram apresentados com as devidas providências e cautelas empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas (Resolução 466/2012).
- Os resultados do estudo serão divulgados à população por meio da publicação das “Diretrizes do Cuidado à Saúde da Mulher e Família nas Perdas Perinatais” no site da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; publicação de artigos e apresentação em Congressos.

6 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO PARA GESTAÇÃO PÓS-PERDAS

[...] quando a gente decide gestar o nosso bebezinho arco-íris, a esperança é algo que é tão grande e tão viva em nosso coração que em qualquer outra situação a gente não saberia mensurar o tamanho que é a esperança...ter esperança que vai dar tudo certo, é algo que a gente vai aprendendo, é difícil aprender, mas a gente vai se modificando ao longo do processo (G4).

Figura 4– Desenho elaborado pela participante G26



Fonte: desenho cedido pela participante G26 na sessão do PNP.

6.1 Implementação do Pré-natal Psicológico para gestação pós-perdas

O programa Pré-natal Psicológico (PNP) é a proposta de intervenção Psicoterapêutica desenvolvida e adaptada para este estudo para a gestação subsequente às perdas perinatais. Complementar ao pré-natal tradicional, esta intervenção psicoterapêutica visa oferecer escuta especializada, livre expressão dos sentimentos, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e orientações (Arrais; Mourão; Fragalle, 2014). Visando a necessidade de dar sentido ao papel parental ao bebê que morreu, para que possam seguir em frente no apego ao bebê na gravidez subsequente, propõe o desenvolvimento de um “senso de continuidade com o bebê que morreu e conexão ao novo bebê”. Intervenções nesse sentido

são essenciais para apoiar a relação parental com o bebê na gravidez subsequente, gravemente comprometida na gestação anterior (O' Leary, 2004).

Implementada na Fase I do estudo, empregou um modelo de pesquisa participativa qualitativa, considerada apropriada para esse público em específico (Farralles *et al.*, 2020). Em cada sessão, os temas foram contextualizados de forma interativa e dialógica, favorecendo o estabelecimento do clima de interesse e confiança, além do bem-estar emocional das participantes, constituindo-se em um elemento imprescindível para a qualidade da informação produzida na pesquisa (González Rey, 2002). Além disso, adotou-se recursos mediadores em cada sessão, intitulados como “exercícios terapêuticos”, considerando que a expressão sobre perda perinatal pode despertar posturas defensivas.

As gestantes do Grupo de intervenção PNP preencheram o Formulário 1 (Apêndice A), bem como assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente ao início da intervenção. Foram realizadas cinco sessões durante a gestação e uma, 30 dias após o parto. As sessões foram realizadas semanalmente de maneira virtual pelo *Google Meet*®, com a duração de duas horas, com temas e objetivos específicos, coordenadas pela pesquisadora. Foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para análise. Quanto aos cuidados éticos, em relação ao sigilo das entrevistadas, as mulheres foram identificadas por “G1, G2...”. O Protocolo da Intervenção PNP está descrito no Quadro 5.

Quadro 5 – Protocolo de Intervenção Psicoterapêutica: Pré-natal Psicológico (PNP)

Sessão	Temas	Objetivos e Descrição
1	Elaboração do Luto Perinatal I: Histórias entrelaçadas	Proporcionar acolhimento e reconhecimento dos sentimentos parentais pelo bebê que morreu, integrando sua história à vivência da gestação atual. Tarefa para casa: Autoaplicação da Escala do Luto Perinatal.
2	Elaboração do Luto Perinatal II	Intensificar e facilitar as expressões do luto e sentimentos relacionados à perda, permitindo ressignificar suas experiências, pelas percepções da Escala do Luto Perinatal.
3	Modificações gravídicas e emocionais na gestação pós-perda.	Reconhecer as modificações gravídicas e emocionais e as ansiedades relacionadas aos três trimestres da gestação. Tarefa para casa: Elaboração do Plano de Parto.
4	Processar experiências anteriores do parto e do nascimento.	Oferecer a oportunidade para processar as experiências anteriores e novos recursos para planejar e lidar com elementos estressores do parto e do nascimento.
5	Desenvolvimento do vínculo com o novo bebê	Reconhecer as competências do bebê no útero iniciando o desenvolvimento do vínculo que está se formando na gravidez atual (O'Leary <i>et al.</i> , 2004).
6	Avaliação da Saúde mental materna, experiências sobre o parto e o puerpério.	Avaliar o estado de saúde mental materna e o vínculo com o bebê. Entrevista Semiestruturada e aplicação da EPDS foram realizadas dentro dos 30 dias após o nascimento do bebê. Após seis meses do nascimento do bebê, foi realizada a reaplicação da Escala de Luto Perinatal(individual).

Fonte: Elaborado pela autora.

6.2 Descrição narrativa do Pré-natal Psicológico para gestação pós-perdas

A seguir, descrevo de forma detalhada o Protocolo das sessões do PNP, ordenadas a partir dos seguintes parâmetros: tema gerador, objetivos, procedimentos e tarefas para casa. Em algumas sessões foram inseridos alguns relatos como ilustração. É importante explicitar que a sequência dos encontros apresentada neste capítulo é figurativa e não imprimem a preciosidade de cada sessão.

Sessão 1: Elaboração do Luto Perinatal I: Histórias Entrelaçadas

Objetivos: Proporcionar acolhimento e reconhecimento dos sentimentos parentais pelo bebê que morreu, integrando sua história à vivência da gestação atual.

Temas geradores: Contextualização sobre o luto: mitos e crenças, luto transgeracional, história sobre a perda do bebê.

Procedimentos:

- I. Apresentação da pesquisadora, proposta e objetivos do Grupo.
- II. Apresentação de cada participante (nome, procedência, número e nome dos filhos, tipo de perda, expectativas em relação ao grupo).
- III. Contextualização sobre o luto.
- IV. Incentivo às participantes fazer um breve relato sobre a história da perda e sobre como está lidando com o luto.
- V. Identificar as sensações físicas e emocionais, percebendo no corpo a dor do luto e os sentimentos envolvidos.
- VI. Apresentação e leitura do contrato terapêutico junto às participantes.

Tarefa para casa: Autoaplicação da Escala do Luto Perinatal.

▪ **Apresentação da intervenção psicoterapêutica PNP às participantes:**

O trabalho visa acolher e validar a dor pela perda do seu bebê. É um auxílio para a compreensão do luto como um processo a ser vivido e não evitado. Portanto, apresento recursos para se aprofundar no processo e integrar a sua dor à sua vida e, assim, vivenciar com plenitude a nova gestação. “Não perdemos ou deixamos para trás nossos traumas, mas podemos aprender maneiras de transcendê-los, pois eles nos fazem quem somos hoje” (O’Leary, 2004, p. 9).

Com muito respeito à sua história, permito a vivência de um processo de cuidado em um espaço de confiança para perceber e expressar livremente seus sentimentos

relacionados à sua perda. À sua maneira e no seu ritmo, você vai descobrindo pistas preciosas sobre si mesma em um processo de autoconhecimento, amor-próprio e infinita compaixão.

O processo terapêutico foi associado ao processo de criação da pérola, descrito por Rubem Alves:

[...] pois havia num fundo de mar uma colônia de ostras, muitas ostras. Eram ostras felizes. Sabia-se que eram ostras felizes porque de dentro de suas conchas saía uma delicada melodia, música aquática, como se fosse um canto gregoriano, todas cantando a mesma música. Com uma exceção: de uma ostra solitária que fazia um solo solitário. Diferente da alegre música aquática, ela cantava um canto muito triste. As ostras felizes se riam dela e diziam: ‘Ela não sai da sua depressão’. Não era depressão. Era dor. Pois um grão de areia havia entrado dentro da sua carne e doía, doía, doía. E ela não tinha jeito de se livrar do grão de areia. Mas era possível livrar-se da dor. O seu corpo sabia que, para se livrar da dor que o grão de areia lhe provocava, em virtude de suas asperezas e pontas, bastava envolvê-lo com uma substância lisa, brilhante e redonda. Assim, enquanto cantava seu canto triste, o seu corpo fazia o trabalho – por causa da dor que o grão de areia lhe causava.... Apenas a ostra sofredora fizera uma pérola (Alves, 2008, p. 8).

▪ Contextualização sobre o luto

O luto é o maior sofrimento que o ser humano pode experimentar. É o rompimento de um vínculo com uma pessoa importante para nós. Portanto, o sofrimento diante do luto é uma reação normal, esperada e necessária diante de uma perda significativa.

Precisamos entender o que é o luto. E, muito mais, precisamos compreender como perceber no luto, as suas reações e sentimentos. Ao expressar sentimentos, você fala sobre si mesma, gerando autoaceitação, autoconhecimento e amor-próprio (Luz, 2021).

▪ Mitos envolvidos na experiência do luto

Antes de compreender o processo de luto, é necessário reconhecer os mitos envolvidos (Quadro 6).

Quadro 6 – Mitos envolvidos na experiência do luto

MITOS	VERDADES SOBRE O LUTO
No luto, há somente sentimentos negativos.	Há beleza no luto. Pelo processo de resignificação, a dor vai sendo substituída por sentimentos de amor, saudades e compaixão.
O luto é um processo de sucessivas fases a serem ultrapassadas.	Não há uma ordem cronológica, nem padronizada para vivenciar o luto. Principalmente, no início, os sentimentos são desorganizados e confusos.
O luto é patológico.	Embora sintamos uma dor inexplicável e não nos encontramos em condições normais, o luto não é uma doença, o que existe é um sofrimento que precisa ser abraçado com compaixão ilimitada.

Existe tempo para findar o luto.	A vivência do luto não é linear, com início, meio e fim. É uma vivência “ <i>pendular</i> ”. Tem dias que você está conectada ao luto, se sente mais frágil, vulnerável e com a saudade mais intensa. E haverá dias em que você estará conectada às atividades diárias. É importante vivenciar intensamente cada um desses momentos e integrá-los à sua vida.
Precisamos “superar” o luto.	Precisamos ressignificar o luto: o luto é uma força poderosa que pode ajudar a construir novos sentidos e significados na vida.

Fonte: Curso “O luto é outra palavra para falar de amor” - Rodrigo Luz, 2022.

▪ O luto na sociedade atual

Geralmente, a sociedade contemporânea possui um padrão de negação da finitude da vida e não reconhece o luto como uma reação natural do ser humano diante das perdas significativas. Dessa forma, impõe uma expectativa sobre como as pessoas deverão sentir, se comportar e vivenciar o luto e, ainda, determina o tempo para “superá-lo”. Ser recebido com menosprezo da própria dor por parentes, amigos, profissionais de saúde ou outros na sociedade ou ter que ouvir que “era apenas um feto” ou “você pode ter novos bebês” se torna traumatizante e marginaliza a perda e a dor dos pais (Persson *et al.*, 2023).

▪ Luto transgeracional

A maneira como a família (avós, pais, tios) lida ou lidou com o luto diante da morte afeta diretamente o seu comportamento diante das perdas importantes de sua vida. Por exemplo, há famílias que não abrem espaço de acolhimento para expressão de sentimentos diante do sofrimento pela morte de um ente querido. Nesse padrão familiar, há um esforço para eliminar, minimizar e negar a dor existente. A falta desse espaço de acolhimento intensifica o sofrimento e o isolamento social.

▪ O luto é individual

Por mais que a vivência do luto seja afetada pela maneira como sua família se comporta diante do luto, é importante respeitar à sua maneira individual. A entrega ao seu estado de luto vai te conectar à sua essência, aos seus sentimentos, proporcionando o encontro com o verdadeiro sentido para sua vida. É importante conscientizar a sociedade sobre o tempo necessário para a elaboração do luto e o respeito à maneira individual de vivenciá-lo.

Os padrões de comportamentos familiares, podem se manifestar quando não são elaborados, até que se adquira consciência de que a sua história pode ser diferente e resignificada.

▪ **O luto é o amor que não precisa ir embora**

Diante do luto, o trabalho não é subtrair a dor, eliminá-la, fingir que não existe, o processo é construir significados, é integrar a dor à sua vida. Você precisa se autorizar para perceber todos os sentimentos e expressá-los livremente, sem julgamento. Isto não coloca em sua vida risco nem a do bebê. Abrir seu coração para as emoções é vital e restaurador.

No início, a dor é indomável, ela só precisa de liberdade para percorrer por todos os recantos do coração, até encontrar lugar de descanso. Vivenciar o luto é descobrir uma compaixão infinita, uma fonte de amor inesgotável. Ainda que tudo lhe convoque a abandonar a dor, “virar a página”, “seguir a vida”, isso é absolutamente impossível, pois significa sacrificar o amor (Luz, 2021, p. 21).

Embora o luto intenso, geralmente, diminua com o tempo, alguns pais sentem que a dor é como uma ferida que pode ser reaberta diante das memórias da perda de seu bebê por muitos anos.

Exercício Terapêutico: “História sobre nossos Amores”

O luto é um processo realizado continuamente, sendo resignificado em sentimentos parentais para ser direcionado ao novo bebê, obtendo a percepção de que um novo bebê não requer a eliminação do amor que se tinha pelo outro (O'Leary, 2004).

No PNP, as gestantes tiveram a oportunidade de relatar a história da perda do bebê, facilitando as expressões de luto e sentimentos de amor por ele.

Orientações sobre o exercício:

Seus filhos são vidas que pulsaram dentro de vocês. Eles não se resumem no dia da sua morte, por mais que os momentos de dor e sofrimento estejam marcados em sua memória, contar sua história é uma forma de honrar e eternizar a história dele em sua vida.

- Relatar a história da perda do bebê.
- Relate o que você tem feito para se encontrar com ele em sua vida (lidar com o luto).

Benefícios que desenvolvemos ao contar a história dos nossos amores:

- Organiza a saúde mental.
- Permite desenvolver recursos para suportar a dor.

- Encontra espaço em seu coração para que seu filho permaneça em sua vida.
- Materializa a memória do seu filho.

Exercício Terapêutico: “Perceba a dor do luto em seu corpo”

Após o relato da história, foi solicitado a perceber no corpo a dor do luto e os sentimentos envolvidos. É no corpo que a dor do luto é experimentada. Precisamos nos autorizar a sentir todas as emoções em nosso corpo. Precisamos escutar o corpo, escutar o luto, os sentimentos que ele está trazendo ao nosso corpo, trazer mais luz, mais consciência às sensações do corpo.

- Fechar os olhos, alongar o corpo, sentir o corpo e suas funções vitais.
- Procurar no seu corpo onde você sente o luto.

Eu encontro a dor bem aqui no centro do meu peito, parece que tem uma faca que não me deixa encher o pulmão de ar e respirar. Atribuo essa dor a proximidade do parto, acho que é um reflexo da experiência que eu tive, preciso olhar diferente e me acolher (G13).

Encerramento da Sessão I:

Leitura sobre os compromissos com o Grupo:

- Compartilhar os sentimentos com franqueza.
- Manter sigilo sobre o que será compartilhado no grupo.
- Respeitar os sentimentos e o tempo de fala do outro.
- Ouvir expressões de tristezas e lamentos, sem precisar mudá-los.
- Adquirir a coragem e a compaixão para abrir o coração para os afetos que dão sentido e que transformam a nossa vida.

Tarefa para casa: autoaplicação da Escala do Luto Perinatal (ELP) (Paris; Montigny; Peloso, 2017).

Sessão 2: Elaboração do Luto Perinatal II

Objetivos: Intensificar e facilitar as expressões do luto e sentimentos relacionados à perda, permitindo ressignificar suas experiências, a partir das percepções da Escala do Luto Perinatal.

Tema gerador: Luto Perinatal.

Procedimentos:

I. Relatos sobre acontecimentos significativos da semana; atualizar o tempo de gestação.

- II. Continuidade dos relatos das histórias da perda do bebê àquelas que ainda não o fizeram.
- III. Discussão sobre a tarefa de casa: percepções sobre a autoavaliação da Escala do Luto Perinatal (ELP).
- IV. Contextualização e trocas de experiências sobre o Luto Perinatal: luto materno e paterno, luto na gestação gemelar, rituais de despedida.
- V. Exercício terapêutico: Estimular as participantes a escrever frases ou palavras que representem suas vidas antes e depois da perda do(s) seu(s) filho(s).
- VI. Encerramento com a música (vídeo): “Porque eu sei que é amor” (Titãs/Paulo Miklos).

Contextualização sobre o Luto Perinatal

Durante a gravidez, a mulher investe em um processo de construção de representações sobre seu filho por meio da idealização do bebê e da sua relação com ele (Muza *et al.*, 2013). Com o diagnóstico do óbito, toda esta construção representacional é interrompida abruptamente, resultando, comumente, em dificuldade de aceitação e sofrimento para as mulheres e para toda a família (Faria-Schutzer *et al.*, 2014).

▪ **Sensação de aniquilamento**

Winnicott (2000) conceitua como “preocupação materna primária” o estado de sensibilidade exacerbada que a mãe desenvolve durante a gestação para conseguir se identificar e atender as necessidades do seu filho após o nascimento. A mulher deve estar saudável suficiente para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele. Com a perda do bebê, o vazio se instaura nesse delicado momento existencial quando se rompe abruptamente as projeções, expectativas e sonhos, além da interrupção da constituição da identidade materna (Aguiar; Zornig, 2016).

▪ **Luto insólito**

Iaconelli (2007) conceitua o luto perinatal como “Luto insólito”, uma vez que suas características apresentam aspectos incomuns tornando-o incompreensível e irreconhecível socialmente.

Geralmente, a equipe possui pouca habilidade para lidar com o sofrimento dos pais e se afasta emocionalmente, pois se sente despreparada e impotente frente a situação (Pollock *et al.*, 2020).

▪ **Rituais de despedida do bebê**

Passar tempo com o bebê, independentemente do seu tamanho ou condição, é uma construção de afetos a partir da dor. Estes procedimentos, quando em conformidade com o desejo dos pais, possibilitam a conexão ao seu filho, podendo ajudá-los no processo de validação do luto (Pollock *et al.*, 2020). Foi reforçado que, mesmo que não tenha sido possível guardar memórias do bebê, seja pela falta de oportunidades ou pela idade gestacional, ainda há tempo de encontrar um local de encontro com o bebê em sua vida.

O relato da participante a seguir evidencia a preciosidade ao plantar uma árvore para a elaboração do luto do seu filho:

Cuidar da árvore de alguma forma, trouxe um pouco de tranquilidade, já que eu não pude cuidar dele. Fiquei cuidando da árvore, fui percebendo os brotinhos, aquelas flores que vieram caíram e começaram a vir novas, tirando foto, vendo como a flor se evoluiu, depois da flor vem outros brotinhos...foi muito legal acompanhar e cuidar da árvore, trouxe um pouco de tranquilidade esta questão da árvore e todo significado que apareceu depois. (G27)

▪ **Luto paterno**

Eu vi muita diferença da forma que ele viveu o luto, percebo que ele sofre calado. Nós mulheres buscamos mais espaços e eles não. Mas eu respeito, ele diz que está tudo bem. Mas, eles também sofrem, muitas vezes eles não têm as mesmas oportunidades. (G13)

O luto paterno, geralmente, é silenciado por uma sociedade em que o papel social do homem tem definição específica após a perda de seu bebê. As expectativas sociais relacionadas ao papel atribuído ao pai se resumem a resolver tarefas práticas, como documentação, funeral, e sentem que precisam colocar sua dor em espera para apoiar a mãe (Stroebe; Schut; Finkenauer, 2013).

Na sociedade, o homem não se permite acessar seus sentimentos, pois percebe que não possui uma rede de apoio a quem possam se expressar, não encontram espaço para chorar, sofrer, se sentem intimidados a participar dos grupos, e dessa forma, sentem dificuldades de lidar com as condições emocionais diante da perda de seu bebê, e podem permanecer isolados social e psicologicamente.

Familiares, amigos e profissionais de saúde, geralmente se concentram nas necessidades da mãe e não consideram ou não sabem lidar com as necessidades do pai. Esses fatores podem fazer com que alguns pais se sintam excluídos ou reprimam seus próprios sentimentos e necessidades (Murphy; Merrell, 2009).

Portanto, os padrões de enfrentamento determinados pelo gênero, relacionados aos homens, podem afetar seu processo de vivenciar o luto, bem como sua capacidade de reconhecer suas próprias necessidades e sua vontade de buscar apoio de outras pessoas.

▪ **Luto antecipatório**

O luto antecipatório é uma reação normal para os familiares diante da notícia de perda iminente, ou seja, diante de um diagnóstico negativo na gestação. É uma experiência desafiadora para os pais, nos casos em que os pais têm que seguir com a gestação mesmo sabendo que o bebê não sobreviverá fora do útero (Barbosa, 2010). Pode trazer grande sofrimento e uma série de implicações para a gestante, seu companheiro e demais familiares.

▪ **Luto na gestação gemelar**

Pais com gravidez múltipla que perdem um ou mais de seus bebês em qualquer estágio da gravidez podem lidar com a dificuldade do luto pela criança que morreu enquanto precisam cuidar do bebê sobrevivente. Portanto, podem ter experiências e necessidades de apoio diferentes de pais que vivenciam uma perda em uma gravidez de feto único. O sofrimento pela perda de um de seus bebês, pode comprometer a capacidade de desfrutar e/ou desenvolver o relacionamento com o bebê sobrevivente, além disso, os pais podem enfrentar desafios adicionais se o bebê sobrevivente estiver com algum fator de risco que comprometa sua saúde ou sobrevivência (Richards *et al.*, 2015).

No PNP “Gestando Esperança”, três (03) mulheres haviam perdido um dos bebês gemelar na gestação anterior, e de acordo com a literatura, revelaram a dificuldade de lidar com o luto pela criança que morreu enquanto precisavam cuidar do bebê sobrevivente (Richards *et al.*, 2015).

Exercício Terapêutico: Transformações que seu filho trouxe para sua vida (bebê anjo).

A função do luto é proporcionar o ajustamento à vida e a reconstrução de recursos para viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência da perda. As participantes foram incentivadas a escrever sobre as transformações positivas que a perda do bebê acarretou em suas vidas, em um processo de ressignificação (Quadro 7).

Quadro 7 – Transformações após a perda

TRANSFORMAÇÕES APÓS A PERDA	
“Não entendia o amor, tornava o amor como coisa palpável, preocupava com a opinião dos outros”.	“Aprendi a ter mais compaixão pelo outro, que o tempo não é proporcional ao amor, compreendi que não ter algo palpável, não ter foto, não significa que eu não os ame, e não significa que eles não existiram”. (G5)
“Achava que poderia controlar tudo. Sentia ansiedade e muita angústia”.	“Agora entendi que o ser superior sabe o tempo certo para tudo acontecer, então a gente tem que entregar e confiar. Hoje me sinto melhor para superar as adversidades da vida”. (G6)
“Antes sentia uma felicidade complexa, que depende de tantas coisas. Me importava com a opinião dos outros, eu fazia muita coisa para agradar os outros”.	“Na verdade, a gente pode ser feliz com poucas coisas. E, apesar de toda a dor do luto eu consigo enxergar o quanto ser feliz é fácil, não se depende de muito”. (G4)
“Eu trabalhava muito, plantonista, dormia no hospital, muito estresse, em casa com marido, com obra, etc. Eu não tinha medo de nada”.	“Estou fazendo diferente, para que dê certo. Estou cuidando mais de mim e do bebê. Uma coisa que mudou muito depois da perda, eu despertei para o cuidado maior...”. (G8)
“Me sentia muito frágil e até vazia, faltava sempre algo”.	“Agora me vejo como mãe, como mulher. Me sinto grata a Deus por todos os momentos que vivemos com eles, por ter sido mãe deles, pela minha família e amigos que seguram a minha mão até hoje. Minha fé foi provada, passei um tempo questionando porque aconteceu isso comigo, então minha fé se fortaleceu”. (G14)
“Era um sonho ser mãe, mas eu sempre quis fazer uma listinha antes de ser mãe...vou terminar faculdade, fazer mestrado, doutorado, depois ser mãe”.	“Essas coisas que eram prioridades para mim passaram a não ser. Hoje em dia não são tão interessantes como eram antigamente, perdeu o brilho, a graça, o foco, toda energia que eu desperdiçava nisso, hoje já não são mais minhas prioridades”. (G20)

Fonte: Elaborado pela autora.

Sessão 3: Modificações Gravídicas e Emocionais na Gestação Pós-Perda

[...] esse ano, quando minha filha fez um ano que ela se fez presente com a gente, eu descobri que meu arco-íris estava vindo, então eu falo que ela que mandou, “toma aí mãezinha um bebê para você”. Eu agradeço pela experiência, por ela ter vindo, claro que fico triste por ela ter ido embora, mas que bom que ela veio. Agora cruzar os dedos para que ela torça lá do céu para que esse bebê fique. Às vezes, a gente deixa o medo ser maior que o amor, mas o amor tem que ser maior. (G11)

Objetivos: Reconhecer as modificações gravídicas e emocionais e as ansiedades relacionadas aos três trimestres da gestação.

Tema gerador: Ansiedades na gestação pós-perda.

Procedimentos:

- I. Representação do corpo grávido e do feto intraútero (desenho): As gestantes foram convidadas a fazer um desenho do seu corpo grávido e apontar as alterações físicas, emocionais e cognitivas (pensamentos, atitudes).
- II. Contextualizar de forma interativa sobre os três trimestres da gestação, “pai grávido”, autoimagem e sexualidade.
- III. Exercício “toque terapêutico”: convidá-las a delinear seu corpo com a ponta dos dedos ao toque de uma música suave.

Tarefa para casa: Elaboração do Plano de Parto.

Contextualização

A maternidade e paternidade são momentos existenciais extremamente importantes no ciclo vital que podem dar à mulher e ao homem a oportunidade de atingir novos níveis de integração e crescimento pessoal. A fisiologia predispõe a mulher a exercer a função materna, no entanto, é importante considerar que os aspectos emocionais fazem da maternidade o lugar da singularidade e um período de extrema sensibilidade (Maldonado, 1991).

▪ **Vivências emocionais comuns na gestação**

Foi contextualizado sobre as principais vivências emocionais comuns na gestação que podem se intensificar na gestação após a perda.

Hipersensibilidade: Geralmente, ocorre nos períodos de transições e crises em nossas vidas (adolescência, casamento, gestação).

Ambivalência: É um processo esperado, não existindo gestações completamente aceitas ou rejeitadas. É possível que, nos casos de gestação pós-perda, sentimentos ambivalentes sejam mais intensos, podendo ocorrer oscilações entre dias de luto e dias de foco na gestação atual.

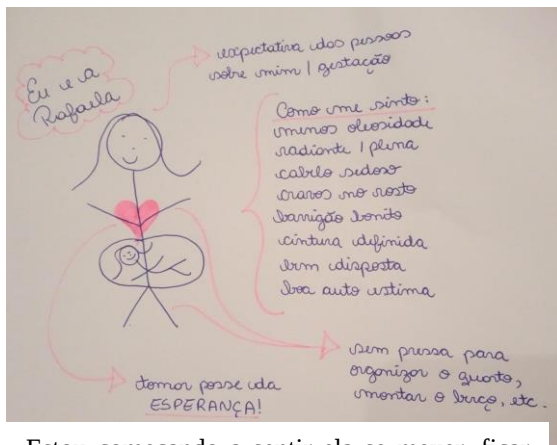
Comportamento regredido: É um processo necessário para o desenvolvimento da função materna. A mulher sente maior necessidade de afeto, cuidados e proteção.

[...] foi um susto no começo, sabe aquele querer e não querer? Quando eu vi que eram dois bebês eu já levei aquele susto, porque é muita responsabilidade, e não tinham muitos casos na família, depois eu fui criando aquele amor, fui aceitando mais, porque fiquei apavorada no começo. Depois eu fui criando mais o vínculo... (G12)

Exercício Terapêutico: Transformações físicas e emocionais

O objetivo deste exercício foi proporcionar a reflexão e a conscientização das gestantes sobre a complexidade das mudanças provocadas pela gestação, que não se limitam apenas às biológicas, envolve reestruturação em várias dimensões. Foi solicitado às gestantes do PNP “Gestando Esperança” a fazer um desenho representando o seu corpo grávido, pontuando as modificações gravídicas e emocionais, além das percepções sobre:

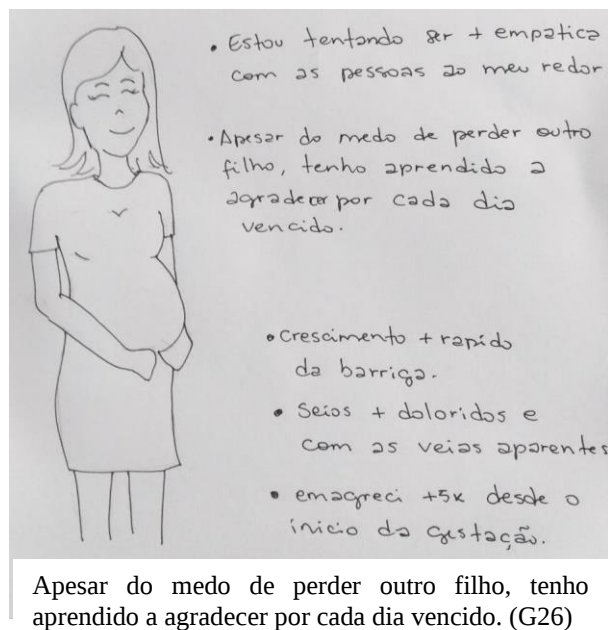
- Pensamentos (Cabeça)
- Sentimentos (Coração)
- Busca pelos objetivos (Mãos)
- Ritmo (Pés e pernas)



Estou começando a sentir ela se mexer, ficar feliz com ela, mas ao mesmo tempo eu não quero montar o berço...(G30)



Ritmo lento, quieta, paralisada. (G10)



▪ Ansiedades do Três Trimestres da Gestação

[...] na primeira gestação era uma alegria sem tamanha, querer contar para o mundo, querer ficar de barrigão logo, querer que todo mundo perceba, e dessa vez não, parece que o B. está escondidinho, ele quer ficar ali mais discreto. O corpo está demorando mais para gritar; tem bebê aqui. (G11)

As ansiedades relativas às vivências grávidas e emocionais a cada trimestre foram apresentadas de forma interativa, e à medida que os temas foram sendo abordados, as participantes trouxeram informações a respeito de suas experiências de acordo com o trimestre que estavam vivenciando.

Algumas das ansiedades descritas a seguir podem ocorrer em graus variados em cada mulher e em cada gestação, a depender da história de vida, do contexto em que a gravidez está inserida e da qualidade do apoio social e assistencial (Maldonado, 1991).

▪ **Primeiro trimestre:**

Geralmente, se apresenta como um “palco de incômodos”, devido às tensões físicas e emocionais advindas do esforço adaptativo à condição. A ambivalência, as alterações de humor e os sintomas psicossomáticos ficam mais intensos, estes sintomas se devem às mudanças hormonais e também aos conflitos psicológicos. “[...] a complexidade de um relacionamento humano é suficientemente grande para permitir a coexistência dos mais diversos sentimentos” (Maldonado, 1991, p. 27).

▪ **Segundo trimestre:**

Neste trimestre, a mulher se sente mais plena emocionalmente. É quando inicia a percepção da gestação pelos movimentos do bebê e pela maior visibilidade nos exames de imagem. Dessa forma, a gestante sente o feto como realidade concreta dentro de si, como um ser independente, com características pessoais, podendo facilitar o processo de formação de vínculo, além de oferecer mais tranquilidade. Vivência reforçada pelo relato a seguir:

Ontem foi difícil dormir, ele estava mexendo muito. Estava dizendo ao meu esposo: Realmente tem outra pessoa na minha barriga. Ele estava a mil, e eu também não dormi fiquei parada prestando atenção, achando a coisa mais perfeita do mundo. Mas, é bom, fico feliz quando ele mexe, dá uma paz no coração saber que ele está bem. E, ele responde quando o meu esposo vem, chama ele dá uma mexidinha. Fica eu e o pai todo bobo esperando. (G26)

As alterações no corpo da gestante poderão impactar na imagem corporal, na autoestima e no desempenho sexual. Por outro lado, existem mulheres que aproveitam esse “estado de graça” para curtirem seu corpo grávido: seios fartos, cabelos e peles brilhantes, resultantes das ações dos hormônios.

▪ **Movimentos do bebê: sinal vital muito ansiado pelas gestantes pós-perdas**

Os movimentos do bebê ficam mais perceptíveis nessa fase e são os sinais de vida perceptíveis pela gestante. Pelos movimentos que se iniciam, os alicerces da construção do vínculo e interações com o bebê, e as mães se acalmam quando se movimentam nos horários habituais ou em situações específicas, como após a ingestão de algum alimento. Nesse sentido, as mães podem experimentar ciclos de medo e alívio relacionados às mudanças na frequência dos movimentos fetais.

▪ Terceiro trimestre:

Neste trimestre, o nível de ansiedade tende a elevar-se devido à proximidade do parto. Podem surgir sentimentos contraditórios: vontade de ter o bebê versus vontade de prolongar a gravidez. É normal surgirem expectativas em relação a si mesma enquanto mãe: “Será que serei uma boa mãe?”. É importante também, nesse período, dar atenção aos sinais de depressão perinatal e outros distúrbios psíquicos.

Neste período, muitas delas sentem que o risco de algumas datas que marcaram a gestação anterior (da perda) já passou, portanto, estão mais tranquilas para iniciar o vínculo afetivo com o bebê. No entanto, ainda percebem sentimentos ambivalentes e o sentimento de culpa por estar “curtindo” a gestação.

▪ Pai grávido

Cada membro da unidade familiar sofre transformações significativas sob o impacto da gravidez. É importante considerar que há um pai grávido que, se estiver envolvido, vivencia todos os temores e as ansiedades referentes à gestação, ao parto e ao puerpério. Algumas participantes expressaram suas percepções relacionadas ao envolvimento dos esposos com a gestação.

No penúltimo sábado, o S. (esposo) sentiu pela primeira vez o B. mexendo. Ele dormiu com a mão na barriga, aquele sono de alegria, eu tirei umas fotos e ficou a coisa mais linda. Ficou alucinado, feliz da vida, foi tão simbólico, tão bonito, ele disse: meu filho tá mexendo, agora eu tô sentindo. Foi lindo! (G11)

Ontem à noite o F. parecia uma criança que tinha ganhado um brinquedo novo, era ele com a mão na barriga, sentindo o nenê mexer, e eu, para não estragar a alegria dele, eu só agradecia, por ele estar mexendo bem. (G26)

▪ Sexualidade na gestação

Nesta sessão foi dada a oportunidade de expressar sentimentos e refletir sobre a sexualidade na gestação, foi esclarecido que é compreensível que a libido esteja oscilando, devido às tensões da gestação pós-perda. É comum se sentir desestimuladas, pois estão absorvidas com suas dificuldades, tensões e conflitos, especialmente no primeiro trimestre, quando tremendos ajustes emocionais e fisiológicos precisaram ser feitos. Também há casos em que receberam restrição médica devido a algumas condições clínicas, conforme relatos a seguir:

Como a gente teve o descolamento no início, mesmo após a médica ter liberado, querendo ou não, o próprio companheiro da gente fica com receio. E, e eu acho que por tudo que a gente já passou também, a libido acaba dando uma baixa mesmo e a gente fica meio sem vontade. (G22)

Exercício Terapêutico – Toque sutil no contorno de seu corpo

Nossa pele é o maior órgão do nosso corpo, o limite do nosso eu. É o que nos contém, nos abriga e nos acolhe. Sentimos todas as experiências em nossa pele: arrepios, suor frio, calafrios. Ao som suave de uma música, tocar com as pontas dos dedos o contorno do seu corpo.

Sessão 4: Processando as experiências anteriores do parto e do nascimento

Objetivos: Oferecer a oportunidade para processar as experiências anteriores e novos recursos para planejar e lidar com elementos estressores do parto e do nascimento.

Tema gerador: Ansiedades relacionadas ao parto, principais medos envolvidos.

Procedimentos:

- I. Livre expressão de sentimentos e troca de experiências sobre o Plano de parto.
- II. Contextualização sobre o parto: Boas Práticas de atenção ao Parto e Nascimento (OMS), principais direitos, humanização do parto, tipos de parto.
- III. “Exercício dos medos”: escrita sobre os principais medos prevalentes, em seguida, transformá-los em propósitos.
- IV. Exercício de relaxamento e respiração.

Tarefa para casa: Trazer uma boneca na próxima sessão.

Contextualização sobre o Parto da Gestação Pós-perdas

Na gravidez subsequente, a memória da criança perdida pode ser despertada nas diferentes fases da gestação, no parto e após o parto, a depender do período em que ocorreu a perda. Nos grupos de PNP “Gestando Esperança”, percebeu-se que um dos assuntos que causava angústia e ansiedade era referente ao parto, pois grande parte destas mulheres tinha memórias negativas sobre as experiências vivenciadas nas maternidades.

▪ Humanização em todos os partos: bebê vivo ou morto

É um requisito fornecer cuidados maternos e neonatais competentes, baseados em direitos humanos, que sejam relevantes, respeitosos e dignos (WHO, 2019). Significa que os pais sejam cuidados, informados, orientados e apoiados pelos profissionais de saúde, em todos os partos, independentemente de o bebê estar vivo ou morto (Persson *et al.*, 2023).

As participantes do PNP tiveram a oportunidade de relatar os desafios de um parto de natimorto, o qual demanda muita energia da mãe, pois além da dor física, há a dor

emocional. A mãe não conta com o auxílio do bebê no processo de expulsão, e após o parto, não há o conforto de encontrar o bebê vivo nos braços, circunstância que poderia amenizar a dor física da parturição (Teodózio *et al.*, 2020). No entanto, um cuidado humanizado e ético no acompanhamento do parto teve um efeito positivo na experiência. “Meu coração parte, quando ouço mães que não têm essa oportunidade, porque foi uma das coisas que me ajudou” (G7).

▪ **Plano de Parto**

O PNP “Gestando Esperança” ofereceu a oportunidade da elaboração do Plano de Parto antes da sessão, o que permitiu a comunicação com os profissionais de saúde responsáveis pelo parto, sobre os desejos da mulher durante o trabalho de parto e parto, bem como as práticas que a gestante desejava evitar, de acordo com as Boas Práticas do parto e Nascimento da OMS. Podendo incluir: acompanhante de sua escolha, posições, métodos de alívio da dor, playlists e outros. O Plano de Parto pode ser aplicado também para ao parto cesáreo, humanizando também este procedimento.

Outro importante aspecto encontrado entre as mães, enquanto gestantes pós-perdas, foi a necessidade de relatar o histórico da perda da gestação anterior para a equipe de atendimento na intenção de receber um cuidado mais especializado e atencioso.

Exercício Terapêutico dos Medos

O objetivo do exercício é permitir que as gestantes expressem livremente seus temores, geralmente originados da experiência da gestação anterior e que se intensificam na fase da proximidade do parto. O foco na situação presente poderá trazer à luz da consciência as experiências com a gestação atual e favorecer o desenvolvimento do vínculo afetivo com o bebê. A primeira etapa do exercício consistiu em solicitar às participantes para entrar em contato e relatar os medos presentes nesta gestação. Na segunda etapa, foi solicitado para transformar os medos em propósitos.

▪ **Transformação dos medos em propósitos:**

Pretendo sair com meu filho vivo do hospital. Foram inúmeras situações ruins que aconteceram e agora está sendo muito melhor. O que eu tenho feito é tentar ver as coisas boas que estão acontecendo agora, ter ânimo, tranquilidade, alegria, ter um clima leve para que tudo flua melhor. Estou me esforçando para ficar feliz, foi muito pesado. Estou fazendo tudo para ficar bem mais leve. (G8)

[...] **Um dos meus propósitos é ter um parto respeitoso e humanizado**, pra gente poder ressignificar tudo o que passei. Poder sair da maternidade de colo cheio, poder

amamentar sem estar com os peitos doloridos e cheio de leite e não ter pra quem amamentar. E, se Deus quiser, a gente viver dias de muitas alegrias com a chegada do bebê. (G22)

Olhar para os propósitos é muito melhor do que olhar pros medos, né? Eu me senti mais confiante. Me deu um pouquinho mais de energia também. Porque falar de medo é uma coisa pesada. Então, eu estou feliz de ter conseguido pensar nesses propósitos. E todas as vezes que eu estiver com medo eu vou abrir essa folha, **vou até fazer um postit. Aí vou olhar. E vou só imaginar coisas boas.** (G25)

Exercício Terapêutico: Relaxamento e respiração

A técnica de relaxamento e respiração foi realizada no encerramento desta sessão. Esta técnica tem um grande valor como um instrumento de analgesia psicológica, pois além de melhorar a oxigenação sanguínea, beneficia tanto a mãe quanto o feto, produzindo um efeito de relaxamento e redução da ansiedade (Maldonado, 1991). A autopercepção das funções vitais, na vivência do sentir, de forma atenta e vigilante, potencializa e expande a consciência, possibilitando o autoconhecimento e o amor-próprio.

Sessão 5: Desenvolvimento do vínculo com o novo bebê

Objetivos: Conscientizar sobre competências fetais e a presença do novo bebê no útero, iniciando a compreensão do vínculo que está se formando na gravidez atual (O'Leary, 2004).

Tema gerador: Ansiedades relacionadas ao puerpério e desenvolvimento do vínculo com o bebê.

Procedimentos:

- I. Apresentação dialogada sobre as vivências emocionais do puerpério, orientações sobre estabelecimento de vínculo com o bebê, aleitamento materno e identificação de sinais dos transtornos psíquicos (baby blues, depressão pós-parto).
- II. Liberdade de expressão e troca de experiência sobre as percepções e sentimentos relacionados ao pós-parto e vínculo com o bebê.
- III. Orientação sobre a massagem Shantala.

Considerando a dificuldade das gestantes em se apegar ao bebê da nova gestação, esta sessão foi essencial, pois além de oferecer o suporte psicoemocional e instrucional, o PNP favoreceu um espaço “continente” para expressão de sentimentos paradoxais, permitindo ressignificações e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos estressores emocionais (Arrais; Araújo, 2016).

▪ O amor materno é um instinto?

[...] quero amar essa criança acima de tudo. Eu demorei para me entregar a essa gestação, agora com sete meses, eu posso falar: agora estou entregue, estou curtindo, comecei a arrumar o quarto... foi uma coisa que posterguei muito para parar de pensar “e se acontecer novamente?”. Fico pensando que ela vai chorar bem forte quando nascer, que até sonhei com ela chorando, meu filho nasceu com problema respiratório e chorou fraquinho (G4).

Com toda a complexidade de sentimentos ambivalentes, poderá vir a dúvida: Será que realmente amo esse bebê? Culturalmente, tudo o que está associado à maternidade costuma ser considerado como natural e instintivo, por exemplo, a amamentação e até mesmo o amor materno. Cabe ressaltar que a experiência materna comporta oscilações, transformações e imperfeições, além disso, o conceito de amor materno sofre influências dos valores culturais do momento histórico em que vivenciamos.

Para compreender como se desenvolve o amor materno, apresento a seguir uma contextualização sócio-histórica da relação mãe-filho, ao longo dos séculos.

- ✓ **Século XVI:** Na classe burguesa, as mães repassavam a responsabilidade da amamentação de seus filhos às amas de leite, logo após o nascimento. Predominava a “indiferença materna”, uma frieza e desinteresse na relação entre as mães e seus filhos.
- ✓ **Final do Século XVIII:** conhecido culturalmente pela “exaltação do amor materno”, que durou até o século XIX, com influência do trabalho do filósofo Rousseau (1995)⁴, que ressaltava que os bebês, ao nascerem, não deveriam ser afastados dos seus pais.
- ✓ **Século XX:** a Psicanálise e os estudos de Freud (1996)⁵ propõem que certos problemas emocionais estariam associados às situações nas quais a criança foi separada da mãe ou privada de seu vínculo em período significativo.
- ✓ **E a mãe do século XXI?** Com os avanços tecnológicos, a mulher se percebe entre a maternidade e a necessidade de exercer outros papéis, por exemplo, profissional. Dessa forma, possui a oportunidade de praticar a maternidade compartilhando as responsabilidades com sua rede de apoio social.

Concluindo, o amor materno não é um instinto; ele é um verbo a ser conjugado, construído e desenvolvido com a dedicação e envolvimento com o bebê durante a gestação e após o seu nascimento, à medida que decidimos desenvolver um vínculo primordial com o

⁴ Rousseau JJ. *Emílio, ou da educação*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1995. p. 24.

⁵ Freud S. (1926[1925]). *Inibições, sintomas e ansiedade*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. XX. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

bebê, entregando-lhe o que ele precisa para dar-lhe sentido de existência, segurança afetiva e identidade primária (Amaral, 2016).

▪ **Formação do vínculo afetivo: “Hora de Ouro”**

O parto traz mudanças abruptas para a vida do bebê, exigindo algumas transições para se adaptar ao ambiente extrauterino. Muito pode ser feito para suavizar essa passagem do nascimento e dar boas-vindas ao bebê: recebê-lo com gentileza, com toque carinhoso, palavras amorosas, aconchego, possibilitando o contato pele a pele, e se possível, dar a primeira mamada, e estabelecer a “Hora de Ouro”⁶.

Na primeira hora após o parto, o bebê nascido em boas condições, se encontra em um estado de alerta que permite estabelecer um contato íntimo com sua mãe e com quem estiver presente, facilitando a formação do vínculo afetivo. A amamentação é como um abraço! Estimula a operação de mecanismos sensoriais que vinculam a mãe ao bebê. Proporciona o restabelecimento da sensação de enraizamento, aconchego e proteção que o bebê tinha na vida intrauterina. Tudo isso são estratégias eficazes para dar continuidade ao aconchego e suavizar o impacto da diferença entre os dois mundos intra e extrauterino, após o nascimento do bebê.

Por outro lado, imprevistos podem ocorrer, como parto complicado, prematuro comprometendo, assim, a realização da Hora de Ouro. A mãe e o bebê precisam estar bem para este primeiro encontro. No entanto, uma dose a mais de afeto e carinho, assim que as coisas se ajustarem, serão fundamentais.

▪ **Vínculo afetivo: do bebê para a mãe**

No início, o bebê possui dependência absoluta de alguém que assume a função materna e atende prontamente suas necessidades. Dessa forma, o bebê compreende o amor expresso em termos físicos, pelo contato humano.

O bebê se percebe, em sua fantasia, como um ser único, indivisível, em uma relação simbiótica entre si e sua mãe. Por isso, se angustia quando sua mãe está fora do seu campo de visão. A mãe que responde intuitivamente a essa demanda mantém essa ilusão e traz alívio ao recém-nascido pela proximidade de seu corpo, olhar, calor e voz.

⁶ Brasil. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Quando a relação mãe e bebê é “suficientemente boa”, o desenvolvimento da individualidade do bebê ocorre normalmente, e vai se efetivando em uma diferenciação progressiva em sua estrutura psíquica (Winnicott, 2000).

A vida é um campo de necessidades. Nem sempre vai ser possível atender prontamente às necessidades do bebê, e é dessa forma que o bebê vai se desenvolver, com as faltas, com a frustração. E, assim, por volta do oitavo mês, ele passará pela angústia de separação, ao constatar que é um ser individual separado de sua mãe.

- **Vínculo afetivo: da mãe para o bebê:**

Penso que sou um lar para o meu bebê e esse lar tem que ser produtivo, tem que ser cuidado e regado todos os dias com muito amor e carinho. Ele depende do meu corpo, eu tenho que ser um lar lindo para o meu bebê. Um lar colorido como ele é, um arco-íris. (G15)

Winnicott (2000)⁷ conceitua como “Preocupação Materna Primária” o estado de funcionamento emocional, de extrema sensibilidade e identificação com o bebê, que a mulher desenvolve no final da gestação e até meados do primeiro mês após o parto.

Esse processo de identificação com o bebê gera prontidão afetiva e facilita para a mãe ligar-se a ele e adaptar-se delicadamente ao atendimento de suas necessidades. Com uma presença real e atitude de apoio, segurança e suporte, a mãe oferece a força que o bebê não pode encontrar em si mesmo. Aos poucos, a mãe vai introduzindo a realidade e delegando os cuidados aos outros, e assim o bebê vai aprendendo a lidar com a sua ausência.

É um estado emocional muito confundido e mal interpretado pelos profissionais como depressão pós-parto, pois, a mulher encontra-se com humor depressivo e comportamento regredido (choro fácil, carência afetiva). No entanto, precisa estar saudável para vivenciar esse processo e sair dele.

Como diferenciar esse estado emocional de uma depressão? A depressão pós-parto é incapacitante e inviabiliza a mulher a vivenciar esse processo, além de apresentar dificuldade de assumir a função materna e desenvolver o vínculo com o bebê.

⁷ Winnicott, D. W. A Preocupação Materna Primária. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-440.

Figura 5 – Construção do vínculo afetivo: mãe e o bebê



Fonte: Elaborado pela autora. Baseado na Teoria de Winnicott (2000).

▪ **Vínculo afetivo: comunicação entre os pais e o bebê**

É importante saber que a sensibilidade aumentada do período do puerpério favorece o processo de identificação com o bebê e a formação de vínculo afetivo com ele, além de garantir a sabedoria para reconhecer o significado de cada choro, cada gesto.

Perceba que nessa fase, a comunicação com o bebê ocorre a nível sensorial, por meio das interações com ele. O vínculo afetivo favorece o desenvolvimento de uma sincronia entre você e o bebê... “uma canção sem palavras”.

▪ **Mãe sozinha não faz verão: a importância da Rede de Apoio Social**

O nascimento de um bebê, devido à sua absoluta dependência no início da vida, exige cuidados e atenção em tempo integral. Para desempenhar a função materna, provendo as necessidades do bebê, a mãe precisará de auxílio e também de se sentir cuidada e valorizada, o que evidencia a importância de uma rede de apoio social.

É importante reconhecer que não está sozinha neste universo materno, que pode pedir ajuda, pois há outros parceiros que também poderão compartilhar a responsabilidade pelo cuidado do bebê.

▪ **Vivências emocionais do puerpério**

O puerpério traz a vivência de um período carregado de intensas emoções, as quais fazem da maternidade uma experiência única, de extrema sensibilidade. De acordo com

Amaral (2016)⁸, a mulher vive um encontro profundo com ela mesma a partir do momento em que começa a se dedicar exclusivamente ao bebê. Assim, o puerpério gera uma transformação da identidade, a partir do que o bebê traz de novidade sobre si mesma.

O desafio de renunciar às próprias necessidades em função das necessidades do bebê ocasiona alguns “lutos” na transição da gravidez para a maternidade, podendo incluir a renúncia dos outros papéis, mulher, profissional, para viver o papel de mãe em sua totalidade (Maldonado, 1991).

Não é por acaso que ser mãe na modernidade suscita sentimento de culpa, frustração e conflitos de identidade; afinal, as mães estão habituadas a uma cultura que proíbe a discussão da coexistência de sentimentos ambivalentes e naturais, e o compartilhamento efetivo de responsabilidades (Arrais; Araújo, 2016).

O segredo que ninguém conta é que todas as mulheres vivem um profundo enlutamento pela aquisição de uma nova identidade; que passa pela fusão com seu filho, pelo encontro com esse ser que está despertando esse amor gigantesco; mas que junto vem uma série de emoções que não esperava viver. O mundo lá fora só permite que expresse o amor; não permite que expresse a raiva, o medo; não permite que seja expressa uma pergunta tão verdadeira como: será que eu queria isso mesmo pra minha vida? (Amaral, 2016).

Essa demanda pesada com o nenê tem hora que bate o desespero e digo: Meu Deus o que eu fiz da minha vida?... Esses dias, o que está mais pesando é o cansaço, porque nunca tive alguém tão dependente de mim. Um bebê recém-nascido é uma demanda muito pesada. O que me ajuda é pensar nas coisas difíceis que eu já passei, perdi as contas de tantas vezes que não aguentava mais e aguentei, perdi meus bebês, achei que ia morrer e não morri então o que é uma noite difícil?... A gente aguenta. (G26)

▪ **Paternidade no puerpério pós-perdas**

No puerpério, os pais percebem o peso das responsabilidades de ter um filho, pois as necessidades biológicas dele, antes supridas pela condição gestacional, demandam uma série de cuidados, que levam às dificuldades, como restrição do sono, limitações do tempo para o casal, e outras (Martins, 2009).

Alguns homens sentem alegria, carinho e afeto pela chegada do filho e aproximam-se da companheira, considerando o bebê como uma oportunidade para a união amorosa. Mas, há também homens que sentem dificuldades e despreparo para dar conta das novas responsabilidades e de todas as exigências que a experiência parental suscita (Martins, 2009), e, conseqüentemente, assumem uma posição mais passiva e reservada neste período.

⁸ <https://aripe.com.br/descubra-o-que-e-puterperio/>

Nesses casos, não raro, ocorre um afastamento do casal, em função de cansaço, ansiedade e estresse (Krob; Piccinini; Silva, 2009).

▪ **Puerpério: limites entre o normal e o patológico**

Sono para mim é sagrado. Às vezes, estava super cansada e dizia: Não aguento mais. Chega! Só me deixa dormir, aí ele te dá um sorriso e a gente se derrete: ai, fique aqui, eu vou te amar para sempre. O puerpério é uma coisa muito louca, mas é muito bom ao mesmo tempo. (G5)

No final da gestação, até meados do primeiro mês após o parto, perceberá vivenciar um estado especial de extrema sensibilidade: choro fácil, irritabilidade, mudança de humor e sensação de incapacidade de cuidar do bebê. É um período considerado como uma “montanha-russa emocional”, uma reação emocional a sentimentos intensos e ambivalentes, diante da adaptação à nova realidade. A intensificação ou a permanência dos sintomas após algumas semanas depois do parto merece ser vista com maior cuidado.

▪ **Sinais de alerta para Depressão Perinatal e outros transtornos:**

✓ **Tristeza materna ou *baby-blues***

É um estado de oscilação de humor que ocorre a partir da primeira semana depois do parto e regride por volta do primeiro mês.

-Sintomas: ansiedade, choro, apetite diminuído, irritabilidade, mudanças de humor, indisposição, tristeza, insegurança, sensação de incapacidade.

- Baixa autoestima e altos níveis de estresse em relação aos cuidados com o bebê.

- Tratamento: Psicoterapia (Bass; Bauer, 2018).

✓ **Depressão perinatal**

Os sintomas da depressão perinatal são possíveis de serem reconhecidos na última semana da gestação e persistem por mais de duas semanas após o parto. Um puerpério agravante pode desencadear e intensificar os sintomas ou reativar transtornos antigos.

- Sintomas: irritabilidade, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades habituais, perturbação do apetite, sentimento de desvalia, culpa excessiva, rejeição ao bebê e ideação suicida.

- Incapacidade de assumir a função materna.

- Grupos de risco: histórico de transtornos afetivos, dificuldades na gestação, carência social, mães solteiras, anomalias, desarmonia conjugal.

- Tratamento: Consultas com Psiquiatra e Psicoterapia.

Shantala – Massagem Para Bebês

No final dessa sessão, foi transmitido instruções sobre a Massagem para bebês Shantala (Leboyer, 1995), uma aula prática na qual as mulheres estavam com uma boneca para o aprendizado da técnica (Quadro 8).

Objetivos:

- Ajudar os bebês a atravessar a instabilidade dos primeiros meses e a restabelecer o equilíbrio e a harmonia.
- Devolver as sensações de aconchego e proteção que tinham na vida intrauterina.
- Alimentar a pele com o mesmo cuidado que o organismo.
- Facilitar a ampliação da respiração.
- Fortalecer a musculatura e as articulações, estimular o sistema nervoso, oferecer noção de contorno e limite.

Precauções:

- No primeiro mês, não tocar o rosto, nem a barriga.
- Não realizar a massagem se estiver com febre, resfriado ou diarreia.

Técnica:

- Antes de fazer a massagem, relaxe e liberte-se de toda preocupação.
- Presença real e de qualidade.
- Temperatura adequada (preferência ao ar livre).
- Óleo previamente aquecido (natural).
- Bebê em jejum e despido.
- Sentada ao chão com as pernas esticadas, em um colchonete, esteira ou acolchoado.
- Demorar, persistir, manter a atenção concentrada no bebê.
- Mãos leves e relaxadas, sentimentos de doçura e calma.

Quadro 8 – Instruções para a Massagem Shantala

Shantala – Massagem Para Bebês	
Peito	1. Massagear o peito com suas mãos, de dentro para fora. 2. “Cruzar o peito” (da virilha ao ombro).
Braços	1. Deslizar com suas mãos do ombro ao pulso. 2. Tornear o bracinho em movimentos de “rosca”.
Mãos	1. Massagear a palma da mão com o seu polegar. 2. Com a sua palma da mão.
Barriga	1. Base do peito até o ventre (ambas as mãos). 2. Segurar os pés com a mão esquerda - massagear da barriga até os pés.
Pernas	Como a massagem dos braços.
Pés	Como a massagem das mãos.
Costas	De bruços, com cabeça à sua esquerda. 1. Com as duas mãos - movimento de vai e vem. 2. Com a mão direita espalma as nádegas, desliza a mão esquerda nas costas até as nádegas. 3. A mão direita sustenta os pés, continua percorrer as costas até os calcanhares.
Rosto	Massagear com seus polegares: 1. Testa. 2. Contorno dos olhos ao longo das bochechas. 3. Base do nariz. 4. Ao redor da boca.
Ginástica passiva das articulações	1. Cruza-se os dois braços. 2. Um braço e uma perna (opostos). 3. Dois pés.
Banho relaxante	Deixar o bebê flutuar na água.

Fonte: Livro: Frédérick Leboyer. Shantala-Massagem para bebês: uma arte tradicional

Encontro de encerramento com a presença dos papais

Figura 6 – Convite aos papais



Fonte: Elaborado pela autora.

No encontro de encerramento dos grupos, contamos com a participação de alguns esposos das gestantes (pais dos bebês), com a finalidade de oferecer a oportunidade para a livre expressão de sentimentos referentes ao luto, relato das experiências sobre a gestação pós-perdas, além das percepções sobre a participação das esposas nos encontros do Pré-natal Psicológico. Embora a pesquisa tenha sido direcionada às mulheres, cabe ressaltar que esse convite já havia sido feito desde o início dos encontros, porém, apenas neste encontro, após o convite formalizado, alguns pais aceitaram participar. Seguem alguns temas abordados nesse encontro e, em seguida, alguns relatos dos pais.

- Pais que estão envolvidos emocionalmente com a gestação, vivenciam, da mesma forma que suas esposas, o sofrimento pela perda, bem como a espera ansiosa da nova gestação.
- Os sentimentos de medo e insegurança fazem parte do processo de construção da função materna e paterna, e são intensificados pelo histórico de perda.
- O sofrimento das mulheres é mais aceitável socialmente, devido aos papéis sociais impostos aos homens de apoio às esposas.

Relato dos pais sobre suas percepções sobre o Grupo PNP:

Não tinha como começar esse bate-papo sem falar de um poema, porque durante o encontro de vocês eu fiquei orbitando pelas falas, e de vez em quando, eu ouvia uma coisa ou outra, e muito curioso. Ainda que não estivesse participando como estou agora do lado da R., o pouco que eu ouvia eu pensava: essas mulheres são de outro planeta. São demais! Então, o poema que eu encontrei, diz assim: **Alma de mulher.** “Nada mais contraditório do que ser mulher. Mulher que pensa com o coração, age pela emoção e vence pelo amor. Que vive milhões de emoções em um só dia e transmite cada uma delas com um único olhar. Que contradiz a perfeição e vive arrumando desculpas para os erros a quem ama que hospeda no ventre outras almas, dá à luz e depois fica cega diante da beleza dos filhos que gera. Que dá asas ensina a voar, mas não quer ver partir os pássaros, mesmo sabendo que eles não lhes

pertencem. Que se enfeita toda e perfuma o leito ainda que seu amor nem perceba mais tais detalhes. Que ama mais transforma em luz e sorrisos as dores que sente na alma só para ninguém notar. E, ainda tem que ser forte para dar os ombros para quem neles precisa chorar. Feliz os homens que um dia souber entender a alma da mulher” (Lucinete Vieira). Sou Pai da F. que nos deixou há pouco tempo e já papai do B. Precisei viver o que a gente viveu para poder entender o que é o luto. Depois que aconteceu comigo, eu percebo que não é simples, é minha filha, não conseguiu chegar aqui nos nossos braços. Esse encontro de vocês é muito iluminado. A G11, com certeza, sai irradiando depois desse encontro. Parabéns por isso, muito obrigada pelo convite. (Esposo - G11)

Para mim, cada fase foi bastante desafiadora até os seis meses, porque a gente sempre fica pensando no filme que pode se repetir. E, essa atual gestação é de risco, então foi cheia de altos e baixos, quase toda nova ida ao hospital a gente ficava pensando: será que vai dar errado de novo? E à medida que o tempo vai passando, vai tomando forma, “é diferente, não vai ser a mesma coisa”, e agora que já está fora da zona extrema de risco, faz bem mais sentido. Dessa vez a gente ficou de organizar o quarto, da outra vez não deu tempo, a gente já começa a viver diferente estamos vivendo coisas novas e a comparação fica um pouco de lado. (Esposo-G7)

Essa postura, essa forma de ver o F. integrado com a nossa família, é notório o apoio de vocês na transformação, principalmente, da G4, e a forma como ela vê isso, foi mudando ao longo do tempo, conforme ela foi participando do grupo, e foi nítida a mudança. Até porque a gente tem referência na família do mesmo tipo de evento e a gente vê que a pessoa oprime aquela memória e tenta fazer o possível que aquilo, como se não tivesse acontecido, parece que quanto mais você tenta esconder, deixar debaixo do tapete, mais fica evidente. E, a forma como a gente encara isso hoje, **é muito mais leve**, mais natural. E, de fato ele está sempre integrado a nossa família, e hoje somos quatro e não três. (Esposo-G4)

Quero agradecer a Deus por ter iluminado a sua mente, Marley, por ter criado esse grupo, porque é um apoio fundamental para gente, para todos nós que participamos. Como Deus levou o nosso anjinho, eu e “vida”, a gente sempre fala que ele é o nosso anjo da guarda. Graças a Deus, agora vem o nosso segundo bebê, e a barriga de “vida” já está bem grandinha. Gerar uma vida não é fácil, é um dom e privilégio que só vocês mulheres possuem. Por mais que a gente queira, mas é uma coisa única, Deus separou só para vocês. **Nós temos a semente, vocês são a terra, nosso papel é regar, estar ali paciente, tolerante**, ajudar com a casa... Tenho que aprender andar devagar para estar do lado dela, com paciência, com amor, tudo em prol de uma vida que está sendo gerada, e **a gente acaba também, sendo o gestante da gestação, a gente gera coisas**, que o nosso corpo tem que se adaptar, às vezes é o controle da ansiedade, **aumentar o nível de amor, de carinho**, para poder estar ali junto, para dar o suporte para ela, porque a hora que tivermos com nosso bebê no braço, a gente vai dizer: quanto amor, só dela? Não! Só meu? Também, não. Tem um versículo na bíblia que diz: ‘Mulher virtuosa, quem a achará? O seu valor excede ao de finas jóias. Nada vai substituir vocês, nada que tenha um valor elevado vai ter o dom e poder de gerar uma vida, não existe valor maior no mundo que vai ter o valor que vocês têm, e a gente agradece a Deus por fazermos parte da geração daquela vida. (Esposo-G15)

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo sintetiza dados do estudo de método misto, descreve os fatores envolvidos na gestação subsequente às perdas perinatais os quais devem obter melhor atenção profissional para o controle dos desajustes emocionais e reprodutivos adversos. Oferece confirmações da literatura, bem como insights novos e até então inexplorados sobre como as mulheres vivenciam esse momento desafiador.

Os resultados e discussões a seguir são referentes às análises da amostra de 60 mulheres, recrutadas por conveniência, que participaram do estudo de método misto sequencial, sendo 30 do Grupo de Casos (gestantes que passaram pelo “Pré-natal Psicológico”, na fase I), e 30 do Grupo Controle (mulheres com histórico de perdas perinatais e filho vivo subsequente), incluídas na Fase II do estudo, cujas características sociodemográficas se encontram na Tabela 1.

7.1 Caracterização sociodemográfica das participantes

Observou-se uma diferença significativa na idade das mães entre os grupos ($p=0,041$), com uma mediana de 32,5 anos no Grupo de Casos e 36,0 anos no Grupo Controle. Não se observa diferença significativa nas demais variáveis da Tabela 01.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica. Casos e controles. Brasil: 2021-2023

Variáveis	Casos		Controles		Valor p
	n	%	n	%	
Idade					0,041³
Média $\pm$ desvio padrão		33,2 $\pm$ 4,3		35,5 $\pm$ 4,4	
Mediana (1º - 3º quartil)		32,5 (30 - 36)		36 (33 - 38)	
Escolaridade					0,761 ²
Ensino Médio incompleto	2	6,7	0	0,0	
Ensino Médio completo	1	3,3	2	6,7	
Superior incompleto	2	6,7	1	3,3	
Superior completo	19	63,3	21	70,0	
Pós-Graduação	6	20,0	6	20,0	
Situação Conjugal					1,000 ²
Sem parceiro	0	0,0	1	3,3	
Com parceiro	30	100,0	29	96,7	

¹ Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher; ³ Teste de Mann-Whitney

Fonte: Elaborado pela autora.

Em contraste com a experiência esperada de alegria e expectativa esperançosa, o estudo confirmou que efeitos psicológicos negativos são prevalentes quando avaliados

durante uma gravidez e puerpério subsequente (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Fernández-Ordoñez *et al.*, 2021; Shakespeare *et al.*, 2019; Wojcieszek *et al.*, 2018).

Todas as participantes se referiram aos níveis significativos de emoções intensas e conflitantes que experimentaram durante a gestação após perda. O relato de uma das participantes evidencia esta experiência desafiadora:

Gestar após perda não é fácil, é muito conflitante, são semanas de muito medo e apreensão. A gestação da B. veio muito rápido após a perda, quando descobri foi um choque para mim. Nos primeiros US, fiz para saber se a gestação era viável, graças a Deus, ouvi os batimentos cardíacos, mas eu tinha um descolamento (placenta), e eu disse: abriu um buraco, vou perder novamente. É muito difícil uma gestação pós-perda, é uma felicidade meio triste. No início, eu evitei falar para as pessoas, esconder a barriga, justamente para evitar qualquer tipo de comentário, quando começou aparecer a barriga, surgiu o comentário: está grávida, de novo? tipo assim: está ficando louca, vai perder de novo. A gestação foi muito difícil, muitas idas ao hospital, muitos exames, as pessoas não têm noção, quem não está vivendo não entende, é tudo muito complicado, e o apoio psicológico faz muita diferença, ajuda a gente a não surtar. (G22)

Corroborando com outros estudos, as gestantes do PNP “Gestando Esperança” consideraram sua gestação como uma “montanha-russa”, evidenciando a existência de um complexo de expectativas, medos e anseios que rodeiam a vivência da gestação após perda, os quais contradizem a vivência pacífica da representação social da gravidez (Meredith *et al.*, 2017).

É montanha-russa, né? A gente foi numa consulta ontem. O colo tá diminuindo, aí a médica ligou um alerta na gente. O coração fica apertadinho, né? E, a gente fica brincando que não falta emoção, é montanha-russa, né? A gente acha que tá tudo bem, acabei de passar de 21 semanas e falei: ‘a gente passou um período pior, eu tô muito tranquila’, e, ela me vem com essa bomba, eu falei: gente...a montanha-russa de novo. (G11)

Essa gestação, não é fácil. Acordar todos os dias e o seu primeiro bom dia ser uma injeção na barriga, passar o dia apreensiva sem saber como o bebê está, esperar ansiosa para ele mexer para poder respirar em paz. Angustia quando as pessoas querem ditar o que tem que ser feito, o que comer. Porque já é difícil lidar com tudo isso. Quando as pessoas jogam um peso a mais, eu me sinto doente. (G26)

7.2 Desajustes emocionais na gestação subsequente: Sintomas de Depressão Pós-parto e Luto Complicado

Embora a morte perinatal anterior seja consistentemente reconhecida por aumentar a ansiedade, o estresse, a vulnerabilidade emocional e diminuir a confiança no resultado da próxima gravidez, 73,3% das mulheres deste presente estudo conceberam dentro de um ano, resultado confirmado por outros estudos (Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023; Meaney *et al.*, 2017; Mills *et al.*, 2022).

De acordo com a literatura, independentemente dos riscos obstétricos, as mulheres

que concebem dentro de um ano após natimorto podem ter um risco maior de depressão e ansiedade na gravidez subsequente, portanto, constata-se que essas mulheres estavam vivenciando emoções justapostas de luto e desajustes emocionais em suas gestações subsequentes (Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023; Meaney *et al.*, 2017).

A Tabela 2 apresenta as variáveis relacionadas à perda perinatal dos grupos de casos e controles. Observou-se diferença significativa entre os grupos em relação ao tempo em que ocorreu a perda ($p=0,001$). O tempo mediano apresentado entre a perda índice e a concepção subsequente foi de 14 meses para o Grupo de Casos e de 48 meses para o Grupo Controle.

Tabela 2 – Histórico obstétrico: Gestação da Perda Perinatal. Casos e controles. Brasil: 2021-2023

Variáveis	Casos		Controles		Valor p
	n	%	n	%	
Tempo que ocorreu a Perda (meses)					<0,001³
Média $\pm$ desvio padrão	18,0 $\pm$ 13,6		48,7 $\pm$ 21,2		
Mediana (1º - 3º quartil)	14 (11 - 18)		48 (31 - 61)		
Momento em que ocorreu o óbito					<0,001¹
Neonatal	6	20,0	17	56,7	
Natimorto	20	66,7	4	13,3	
Aborto	4	13,3	9	30,0	
Peso do bebê (gramas)					0,441²
<500	3	13,0	9	30,0	
500 a 1499	5	21,7	7	23,3	
1500 a 2500	3	13,0	4	13,3	
>2500	12	52,2	10	33,3	
Tipo de Gestação					1,000²
Única	27	90,0	28	93,3	
Gemelar	3	10,0	2	6,7	
Descreva como foi o atendimento					1,000¹
Satisfatório	14	46,7	13	43,3	
Insatisfatório	16	53,3	17	56,7	

¹ Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher; ³ Teste de Mann-Whitney

Fonte: Elaborado pela autora.

Por outro lado, confrontando as prevalências obtidas de pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto (DPP) nos Grupos de Casos e Controles, a proporção de sintomas de DPP foi significativamente maior entre o Grupo Controle em comparação ao Grupo de Casos (55,6% *versus* 25,9%, $p=0,027$), evidenciando a DPP nas mulheres do Grupo Controle no período posterior ao que convencionalmente seria definido como período pós-natal (Tabela 3).

Tabela 3 – Sintomas de depressão pós-parto da gestação subsequente. Casos e controles. Brasil: 2022-2023

Variáveis	Casos		Controles		Valor p
	n	%	n	%	
Escala de depressão pós parto					0,027
Positivo (≥ 12 pontos)	7	25,9	15	55,6	
Negativo (≤ 12 pontos)	20	74	12	44,4	

Teste qui-quadrado

Fonte: Elaborado pela autora.

Corroborando com outros estudos, o estudo evidencia que o impacto de uma perda perinatal anterior não diminui significativamente após o nascimento de uma criança saudável (Blackmore *et al.*, 2011; Gravensteen *et al.*, 2018; Wojcieszek *et al.*, 2018). Isso pode indicar que o nascimento subsequente de um bebê vivo é apenas um alívio temporário para a morbidade psiquiátrica associada à perda perinatal (Gravensteen *et al.*, 2018).

Em relação ao luto perinatal, observa-se diferenças significativas ($p=0,049$) nos resultados da Escala de Luto Perinatal entre os Grupos de Casos e Grupo Controle. O estudo encontrou sintomas de luto complicado em 42,3% no Grupo Controle, comparado a 17,9% do Grupo de Casos (Intervenção) (Tabela 4).

Tabela 4 – Sintomas de complicação do Luto Perinatal. Casos e controles. Brasil: 2022-2023

ELP	Casos		Controles		Valor p
	n	%	n	%	
≥ 90	5	17,9	11	42,3	
≤ 90	23	82,1	15	57,7	0,049[¶]
Total	28	100	26	100	

[¶]Teste qui-quadrado; [¥] teste t de student para amostras independentes

Fonte: Elaborado pela autora.

A prevalência de sintomas de luto complicado no Grupo Controle (42,3%) comparado ao Grupo de Casos (Intervenção) (17,9%) é considerada alta em relação a outros estudos que identificaram pais enlutados como um grupo de alto risco para luto complicado, com até 25% sofrendo de sintomas graves, anos após a morte do bebê (Ellis *et al.*, 2016).

Da mesma forma, estudo de Krosch e Shakspeare-Finch (2017) evidenciou níveis altos a moderados de luto e estresse pós-traumático mais de quatro anos após a perda perinatal. Outros estudos também observaram a prevalência do luto contínuo durante a gravidez subsequente (Lee; Mckenzie-Mcharg; Horsch, 2013; Phelan, 2020). Portanto, é importante que profissionais de saúde estejam cientes da questão e forneçam cuidados apropriados,

sensíveis e empáticos.

Recente revisão realizada por Donegan, Noonan e Bradshaw (2023) evidenciou a sintomatologia complexa do luto contínuo associada a depressão e ansiedade, vivenciada nas gestações subsequentes (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Lee; Mckenzie-Mcharg; Horsch, 2013; Phelan, 2020; Thomas *et al.*, 2021).

Quanto à análise dos sintomas de luto complicado no Grupo de Casos, o estudo constatou redução significativa no nível de luto das participantes entre os dois momentos da análise ($p=0,016$): durante (42,9%) e após a intervenção (17,9%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Luto Perinatal. Casos. Período do pré-natal e puerpério. Brasil: 2022-2023

ELP	Gestação		Puerpério		Valor p
	N	%	n	%	
≥ 90	12	42,9	5	17,9	0,016
<90	16	57,1	23	82,1	
Total	28	100,0	28	100,0	

Teste de McNemar

Fonte: Elaborado pela autora.

A redução significativa no nível de luto das participantes do Grupo de Casos (intervenção), entre os dois momentos da análise, durante (42,9%) e após a intervenção (17,9%), demonstra a importância do acompanhamento psicológico durante a gravidez após a perda perinatal (Mills *et al.*, 2014; Watson *et al.*, 2019).

É importante destacar o estudo sobre luto complicado, o qual evidenciou a prevalência de 35% de luto complicado em mães brasileiras em comparação aos 12% em mães residentes em países com serviços de apoio profissional ao luto, uma cultura ainda incipiente no Brasil (Paris; Montigny; Pelloso, 2022).

7.3 Associação significativa do estresse aos resultados adversos na gravidez subsequente e no desenvolvimento fetal: Prematuridade

Como estratégia para garantir a sobrevivência do bebê, foi perceptível, em algumas mulheres do PNP, certa ansiedade pela antecipação do parto, principalmente naquelas que tiveram uma complicação no parto anterior que levou à morte do bebê: “Vai ser uma cesárea agendada, programada. Se chegar antes da cesárea, com contrações, ótimo também. Qualquer coisa poderá ser, desde que eu tenha minha filha comigo” (G8).

O meu pré-natal é dentro do hospital, considerado de alto risco, devido à perda recente. Liguei para o coordenador do pré-natal de risco para a possibilidade de

agendar a cesárea, o SUS não agenda, mas eu disse para ele que não quero passar das 39 semanas, o Tiago morreu com 39 semanas, ele foi super compreensível e disse que amanhã me dá uma resposta. (G30)

[...] a neném começou a apresentar um quadro de restrição de crescimento. Nos últimos ultrassons que a gente fez, começou a dar alteração no doppler. Ela ainda não estava em sofrimento fetal, mas a qualquer momento ela podia entrar. Ela estava bem naquele momento do ultrassom, mas, no outro dia, já podia não estar mais. Mas, graças a Deus, a médica se atentou a isso e resolveu optar por tirar ela, antes dela entrar em sofrimento fetal, era o melhor que podia ser feito naquele momento. (G22)

A Tabela 6 evidencia a elevada taxa de parto cesáreo no Grupo de Casos (73,3%) e no Grupo Controle (83,3%). Em relação às características neonatais, observou-se diferença significativa na prevalência de prematuridade entre os grupos ($p=0,020$), com prevalência de 30,0% no Grupo Controle e 6,7% no Grupo de Casos (Tabela 6).

Tabela 6 – Características obstétricas e neonatais. Gestação subsequente. Casos e controles. Brasil: 2022-2023

Variáveis	Casos		Controles		Valor p
	N	%	n	%	
Gestação					0,492 ²
Única	28	93,3	30	100,0	
Gemelar	2	6,7	0	0,0	
Intercorrência na Gestação					1,000 ¹
Sim	16	53,3	15	50,0	
Não	14	46,7	15	50,0	
Tipo de Parto					0,347 ¹
Normal	8	26,7	5	16,7	
Cesárea	22	73,3	25	83,3	
Prematuridade					0,020¹
Sim	2	6,7	9	30,0	
Não	28	93,3	21	70,0	

¹ Teste qui-quadrado; ² Teste exato de Fisher

Fonte: Elaborado pela autora.

Embora o parto prematuro tenha algum potencial para reduzir a taxa de natimorto, também pode estar associado a complicações iatrogênicas, incluindo prematuridade e seus resultados adversos associados, cesariana de emergência e hemorragia pós-parto (Wojcieszek *et al.*, 2018). Pesquisa em larga escala, multilíngue, baseada na web, dedicada ao cuidado durante gestações subsequentes a natimortos, evidenciou que os pais cujo natimorto ocorreu em ≥ 30 semanas de gestação tiveram maior probabilidade de receber várias formas de cuidados adicionais, particularmente a opção de parto antecipado após 37 semanas (Wojcieszek *et al.*, 2018). O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recomenda

que as decisões para parto programado após natimortos inexplicáveis considerem a idade gestacional do natimorto anterior, o histórico intraparto anterior e a segurança da indução do parto (Siassakos *et al.*, 2010).

Estudos confirmam a associação significativa do estresse aos resultados adversos na gravidez subsequente e no desenvolvimento fetal, como o parto prematuro (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Wojcieszek *et al.*, 2018; Entringer, Buss e Wadhwa, 2015). Afirmam que os mediadores endócrinos e imunológicos/inflamatórios relacionados ao estresse podem servir como sinais ou pistas importantes de uma ampla gama de condições maternas, placentárias e/ou fetais, incluindo a presença de complicações obstétricas que podem moldar o desenvolvimento fetal. Schliep *et al.* (2022), associaram o estresse a um risco duas vezes maior de perda precoce da gravidez entre mulheres que já sofreram uma perda anterior.

As participantes deste estudo comentaram consistentemente que a incerteza do período da gestação foi um estressor que provocou turbulência emocional. Em acordo com outros estudos, as demandas das condições de uma gestação subsequente à perda perinatal excedem o nível de recursos de enfrentamento disponíveis, portanto, as mulheres provavelmente experimentam algum nível de estresse, ou seja, psicológico (ansiedade, preocupação), fisiológico (coração acelerado, tensão) e respostas comportamentais (por exemplo, insônia) (Bailey *et al.*, 2019).

O sofrimento psíquico durante a gestação pode aumentar o risco de depressão perinatal e a vulnerabilidade materna a infecção e doenças pré-natais, e por consequência, afetar o desenvolvimento fetal (Entringer, Buss e Wadhwa, 2015; Lebel *et al.*, 2020). Portanto, como a perda gestacional permanece em grande parte inexplicada, são necessárias pesquisas que possam contribuir para a compreensão da etiologia da perda gestacional e fatores modificáveis passíveis de intervenções para mitigar a perda, como no caso do estresse (Schliep *et al.*, 2022).

Corroborando ao estudo de Wojcieszek *et al.* (2018), embora a maioria das mulheres tenha recebido consultas adicionais de cuidados pré-natais e ultrassons, muito menos receberam cuidados específicos para as suas necessidades psicossociais: “A gestação foi muito difícil, muitas idas ao hospital, muitos exames, as pessoas não têm noção, quem não está vivendo não entende, é tudo muito complicado, e o apoio psicológico faz muita diferença, ajuda a gente a não surtar” (G22).

Além do atendimento clínico especializado, é essencial abordar as necessidades psicossociais na gestação subsequente às perdas perinatais, pois são caracterizadas por

ansiedade intensa, medo e outras respostas emocionais complexas, o que pode ter consequências adversas prolongadas para as famílias (Wojcieszek *et al.*, 2018).

7.4 Análise temática

Na análise temática, temas superordenados e subordinados emergiram dos relatos das experiências das participantes da Intervenção Pré-natal Psicológico (PNP) sobre a gestação subsequente à perda perinatal (Quadro 9).

Quadro 9 – Análise temática: temas superordenados e subordinados derivados das entrevistas

Tema 1. Perda Perinatal: Sensação de privação dos impulsos maternos
1.1 Senso de dupla perda
1.2 Experiências negativas no cuidado
1.3 Luto inibido socialmente
1.4 Luto incongruente: percepção das mulheres sobre o luto paterno
1.5 Isolamento social
Tema 2: Mecanismos de autoproteção na gestação subsequente
2.1 Medo da recorrência da perda: comprometimento do apego ao bebê
2.2 Perda da ingenuidade: “Esperar pelo pior”
2.3 Gerindo a autculpa com a hipervigilância
2.4 Marcos significativos da perda anterior: ativam conflitos na gestação subsequente
Tema 3: Senso de continuidade e conexão: Histórias entrelaçadas
3.1 Reconhecer sentimentos parentais pelo bebê que morreu
3.2 Comunicar sentimentos ambivalentes: luto <i>versus</i> alegria
3.3 Coragem para organizar o espaço para o novo bebê
3.4 Reconhecer as modificações gravídicas e as competências fetais: presença do bebê no útero e em sua vida.
Tema 4: Processar experiências anteriores e recuperar o senso de confiança
4.1 Recuperando a confiança com o cuidado respeitoso da equipe
4.2 Depois da tempestade vem o “arco-íris”?
4.3 Reconhecimento da autoconfiança e da maturidade
4.4 Percepções das participantes sobre o “Pré-natal Psicológico”.

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise temática revelou que a falta da elaboração do luto pelo bebê perdido ativa emoções dolorosas na gestação subsequente: sensação de privação dos impulsos maternos, autculpa e o constante medo da recorrência da perda, o que compromete o desenvolvimento do apego ao bebê subsequente e a autoconfiança na capacidade de manter uma gravidez bem-sucedida. O segundo tema reflete os mecanismos de autoproteção para lidar com esses impactos: amortecimento emocional, hipervigilância e perda da ingenuidade (“esperar pelo pior”). O terceiro tema descreve as oportunidades oferecidas pelo PNP para desenvolver o senso de continuidade dos sentimentos parentais pelo bebê que morreu e a

conexão com o bebê da gestação atual, entrelaçando suas histórias. O tema superordenado final evidencia os resultados do PNP pelo processamento das experiências anteriores e recuperação do senso de confiança. Os Temas superordenados e subordinados serão discutidos a seguir, utilizando citações diretas como ilustrações.

7.4.1 Sensação de privação dos impulsos maternos

▪ Senso de dupla perda

Para a mãe, a construção do vínculo com o filho sonhado precede a chegada do bebê, portanto, a constatação do óbito perinatal traz consigo significativas repercussões emocionais, que são agravadas por uma sobreposição de perdas: perda do bebê e da impossibilidade de ser mãe. A edificação da identidade materna que vinha se desenvolvendo é interrompida de forma abrupta (Muza *et al.*, 2013). As mães deste presente estudo relataram o vínculo forte que havia se estabelecido com o bebê na gestação (da perda) e a sensação de aniquilamento com a sua morte, despontando a sensação de dupla perda:

Criei uma ligação muito forte com esse meu filho.... Não há nada que explica essa ciência de gerar um filho e desenvolver esse amor, era um amor que antes dele eu não conhecia. (G21)

A sensação que eu tinha era que quem tinha morrido era eu, não ela. Ela não estava morta. Não tinha nem sentido falar que aquela criança estava morta. Era a mãe dela que tinha morrido. Eram os sonhos que eu tinha construído para ela, era tudo o que eu sonhei, que eu pensava, o que eu queria, era o quarto, eram as roupas. Então, o que tinha morrido era tudo o que eu tinha sonhado. (G11)

As participantes expressaram a frustração e os sentimentos de incapacidade de exercer os impulsos maternos: “Meu Deus, minha filha está indo embora, é minha filha, e a dor de não poder ninar minha filha, não poder cuidar dela, amamentar, que era uma coisa que eu sempre quis” (G7).

Uma mãe que não amamentou o filho, não o tocou, perdeu tudo o que a maternidade lhe proporcionaria (Aguiar; Zornig, 2016). No momento em que nasceria uma mãe, ocorre sua morte, assim, não obstante, existe a compreensão de que, num grau mais extremo, uma “criança morta é também uma mãe morta” (Muza *et al.*, 2013, p. 37).

Winnicott (2000) conceitua como “preocupação materna primária” o estado de sensibilidade exacerbada que a mãe desenvolve durante a gestação para conseguir se identificar e atender as necessidades do seu filho após o nascimento. A mulher deve estar saudável suficiente para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele. Com a perda do bebê, o vazio se instaura nesse delicado momento existencial quando se rompe

abruptamente as projeções, expectativas e sonhos, além da interrupção da constituição da identidade materna (Aguilar; Zornig, 2016). Em outras palavras, a mãe se identifica tanto com o bebê perdido que não consegue dele se separar (Silva; Tachibana, 2022), conforme relato a seguir:

Quando a B. faleceu eu me encontrei num limbo de não saber quem eu era mais, e até hoje ainda estou meio perdida, às vezes eu penso que perdi minha identidade e eu não sei mais quem sou eu e o que eu quero. Eu achei que ter um bebê era engravidar, esperar e ter um bebê no colo. A pessoa que ia ter um bebê, voltar para casa, cuidar do bebê, ter tempo para o esposo, e foi isso que criei na minha cabeça. E, quando meu bebê faleceu, eu fiquei perdida, não queria aceitar que não era mais a mãe que tinha criado na minha cabeça. Eu não aceitava não ser a mãe, queria ser mãe, depois a profissional. (G26)

Corroborando com outros estudos, a sensação de não reconhecimento de si mesma foi identificada neste estudo como crucial, como uma vivência de despersonalização, de diluição da identidade da mulher (Bartilotti, 2007; Faria-Schützer *et al.*, 2014), conforme relato a seguir:

Quando eu olhava pra mim mesma, tudo me remetia ao bebê, olhava no espelho, focava no bebê. Teve uma hora que queria anular o meu corpo por conta disso. Foi um processo de depressão mesmo. Teve mais uma coisa também, meu cabelo cresce muito na gestação. Parecia que aquele cabelo não era meu, era o cabelo da A. (bebê anjo). Eu tinha que deixar ali, porque era a única coisa que me lembrava dela. Só que num dia, num surto, eu cortei tudo. Como se eu estivesse cansada, sabe? Tipo... eu não quero viver mais isso, isso me dói, eu não quero. Foi um processo bem difícil. Depois disso, comecei a elaborar diferente. (G7)

Tendo em vista que a função materna é considerada socialmente uma realização plena do feminino, as mulheres que dão à luz a um natimorto podem questionar sua competência para gerar uma criança saudável, percebido como um “golpe à autoestima” e capacidade maternal (Laguna *et al.*, 2021). O relato a seguir revela o sentimento de impotência, evidenciado, por Iaconelli (2007) como “ferida narcísica”, pois a perda do bebê remete à sensação da perda de parte de si mesma:

Eu perdi uma filha que estava dentro de mim. Não tem um vínculo maior do que um bebê no seu ventre, é uma parte de você, uma parte minha morreu com ela, um pedaço de mim, uma extensão minha, é como se fosse o meu luto. (G20)

Quando ela nasceu, me veio uma música, que é de autoria de Caetano Veloso, mas ficou famosa na voz de Tony Belloto e eu não sei por que essa música veio, eu fiquei cantando essa música o tempo todo... ‘Sou você’. (G11)

Minha mulher, meu amor, meu lugar
Antes de você chegar, Era tudo saudade
Meu canto mudo no ar
Faz do seu nome hoje o céu da cidade
Lua no mar, estrelas no chão
A seus pés, entre as suas mãos
Tudo quer alcançar você
Levanta o sol do meu coração

Já não vivo nem morro em vão
Sou mais eu porque sou você.

No estudo de meta-síntese qualitativa de Persson *et al.* (2023), experiências de cuidado e suporte foram interpretadas e identificadas, e uma questão de importância central foi a “Personificação” a qual enfatizou a necessidade de reconhecer e tratar o bebê da mesma forma que um bebê vivo. A personificação foi reforçada também, por uma atitude respeitosa onde os pais são confirmados em seu luto e reconhecidos como pais mesmo que seu bebê tenha nascido morto.

As mulheres deste estudo, as quais tiveram a oportunidade para realizar o ritual de despedida do bebê após a sua morte, relataram que sentiram a “alegria” de conhecer o (a) filho (a), e a oportunidade de ver e pegar seu bebê fez muita diferença:

Apesar de tudo isso, foi muito bonito vivenciar, poder sentir o cheirinho dela, estar com ela, acalantar, mesmo que ela não estivesse ali, é uma coisa muito doida que a nossa mente faz, de acalantar. (G7)

[...] então eu cantei para minha filha, fiz carinho nela, vi cada detalhe do corpo, depois meu marido entrou e pode pegar minha filha no colo, a gente teve a oportunidade de se despedir.... Eu fiquei muito feliz de ter conhecido a minha filha. Então, para mim, foi maravilhoso conhecer aquele bebê que a gente gestou e esperou por muito tempo, fez muita diferença, foi realmente uma história de amor... (G11)

Passar tempo com o bebê, independentemente do seu tamanho ou condição, é uma construção de afetos a partir da dor. Estes procedimentos, quando em conformidade com o desejo dos pais, possibilitam a conexão ao seu filho, podendo ajudá-los no processo de validação do luto (Pollock *et al.*, 2020). Ao honrar a existência do bebê, os pais também recebem uma confirmação de sua parentalidade (Persson *et al.*, 2023).

Tudo que foi acontecendo eu sempre tentei olhar com amor. Eu escolhi uma roupinha dele, fiz um ursinho. No momento de escolher o local onde colocar as cinzas dele, a gente escolheu um local onde a gente sonhava em levar ele para brincar, um lugar muito bonito, sempre vou ter boas lembranças dele. Respeitei muito meus momentos até com relação as roupas, esperei o momento para abrir as roupinhas dele e doar para algumas pessoas. Tudo foi difícil, mas a gente foi indo, etapa por etapa. (G13)

Por outro lado, algumas participantes encontraram barreiras na realização desse desejo, tanto pela falta de informação sobre esse direito ou até por desconhecimento dos profissionais: “E, ainda, quando o bebê nasceu (natimorto), a enfermeira mostrou ele para mim, eu fiquei 30 segundos, foi muito pouco, só vi, pois, estava amarrada. Ninguém falou que podia pegar, ninguém colocou nosso filho em nosso braço” (G21).

Mas, pensei também: ‘como é que vai chegar esse bebê para mim?’ Porque ainda tem essa questão da gente querer saber como é o processo depois. ‘Ela vai virar lixo hospitalar? Vão descartar? Vão incinerar? Vai botar no vidro? Como minha filha

está agora? E, se eu pedir para ver esse bebê, que bebê que vão me entregar para eu ver nesse momento?’ Então, eu ainda tive que lidar com esses conflitos, de querer ver minha filha de novo, mas, pensar ‘Que filha que vão me entregar? Que bebê que vão me dar para eu passar mais um pouco de tempo com ela? ‘Quando uma mãe perde um filho, quanto tempo ela pode ficar com ele ainda?’ Eu passei tanto tempo com a minha filha na minha barriga, quanto tempo eu pude ficar com ela naquela sala de parto? Então, seria tão bom se tivesse mais tempo... Eu acho que eles não estavam preparados, eu tive uma impressão que o meu pedido, causou um pouco de estranheza ‘como assim você vai querer a tua filha morta?’, acho que isso deu um estranhamento (G11).

▪ Experiências negativas no cuidado

Um tema recorrente nas entrevistas foi a percepção negativa sobre as experiências no contexto obstétrico durante a perda do bebê, as quais não atenderam às expectativas e cuidados desrespeitosos e insensíveis foram relatados: “Pouquíssimos são os profissionais que realmente estão preparados para lidar com isso, e sabem conversar com a paciente, que é o mais importante”. (G7)

E, o médico simplesmente saiu da sala, não deu nem tchau. Fez a eco e saiu e eu ali nervosa e chorando, liguei para o meu marido para vir me buscar. Estava muito nervosa, preocupada e traumatizada, não foi nada que ele tenha feito de propósito, mas para mim foi super ruim. Entendo que ele faz muitas ecografias, mas, era eu que estava ali, uma pessoa, uma mãe super preocupada, e que não teve nenhum cuidado, zero cuidados, sozinha ainda por cima. (G27)

[...] Durante a indução, não tiveram o cuidado de avisar às pessoas que entravam na sala de parto que eu não estava com um bebê vivo, muitas pessoas diziam: mamãe, fique feliz, daqui a pouco seu bebê vai vir para seus braços. Eu ficava que nem louca, gritava, com dor. Vários médicos passaram por mim, a cada quatro horas eu levava um toque de um médico diferente.... Insuportável! (G20)

Assim como em outros estudos, as participantes revelaram a experiência de estigma durante a perda dos seus bebês no contexto obstétrico, envolvida por múltiplas violações de direitos, agravados pelas limitações do período pandêmico (COVID-19) (Cacciatore, 2010; Farrales *et al.*, 2020). Em um dos casos, a mãe se viu destituída do direito ao acompanhante. Quando seu esposo perguntou se poderia acompanhá-la, a médica disse: “Não, você não precisa passar por isso”. Ela descreveu: “É muito difícil, o que eu passei de descaso, falta de cuidado, piorou muito o meu caso, além do luto, eu me senti muito desamparada” (G10).

A falta de evidências físicas que comprovem a existência do bebê na morte fetal foi evidenciada por outros estudos, como a marginalização do natimorto e do luto resultante, o que incita intensa dor e sofrimento de identidade para os pais (Cacciatore; Defrain; Jones, 2008; Farrales *et al.*, 2020). Até mesmo os profissionais de saúde e a sociedade contribuem para reduzir e tornar a perda dos pais invisível porque o natimorto não tem lugar na sociedade

(Persson *et al.*, 2023). As mães perceberam a falta de sensibilidade e o descaso com o bebê, conforme relato a seguir:

Foi parto normal, ela pediu pra enfermeira subir em cima da minha barriga e empurrar. Tanto é que minha filha tinha um hematoma na cabeça que eu acho que foi dessa pressão. Na hora ali, sinceramente, esse fato não me incomodou, pra mim não tinha violência maior do que saber que minha filha não ia nascer chorando. Eu estava com muita hemorragia, então pra mim também tinha: será que eu também estou correndo algum risco? A prioridade tinha mudado, agora era salvar a minha vida. Eles não fizeram nenhum esforço pra salvar minha filha, ficou bem claro. Mas, pra mim, se fosse colocar em uma escala, tinha uma violência tão grande acontecendo que aquela parecia menor. Naquele momento, nada ia trazer minha filha viva. Então, se ela subisse em cima de mim, desse cambalhota, eu ia falar: tá. (G11)

Percebe-se, assim, uma mãe buscando reconhecimento pela perda de um filho querido, enquanto à sua volta não se compreende e não se age com sensibilidade ao seu sofrimento. A mãe se sente duplamente desamparada, pelo bebê e pelo seu entorno. O filho idealizado se torna um filho negado. Não há como inscrever esta perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro (Iaconelli, 2007).

Os relatos demonstraram que, mesmo os profissionais tecnicamente mais preparados, demonstraram falta de habilidade para lidar com a morte na obstetrícia (Qian *et al.*, 2022). Outra participante relatou receber agressões verbais e físicas, enfim, vivências que se caracterizam como violência obstétrica:

Era uma tortura psicológica. Eu lembro que eu fechei um pouco minhas pernas e ela simplesmente bateu na minha perna, falando que não era para eu fazer aquilo, que o menino ainda não tinha nascido, que eu tinha que colocar força. E, antes da cabecinha dele sair, toda hora eu sentia ela pegar na minha genital e falar: a cabecinha dele está bem aqui, mas com essa força que você está fazendo, ela não vai nascer. Uma delas, quando o médico falou que ele tinha morrido, ela olhou para mim e falou: está vendo o que você fez?. Falou que a culpa tinha sido minha, porque eu não colaborei. Quando ele saiu, eu não escutei o choro dele. Aí, ela já jogou ele em cima de mim e falou: respira para mandar oxigênio para ele. Eu não tenho memórias, eu só tenho traumas do parto dele (G12).

O luto perinatal por si só já é um fator de risco para o desenvolvimento de um luto complicado e a falta de um cuidado empático e acolhedor a estas mães põe em dúvida o sistema, até então confiável, de relações, representações e valores (Farrales *et al.*, 2020; Shakespeare *et al.*, 2019). Dessa forma, em vez de um momento de alegria e expectativa, uma nova gravidez se torna um evento psicologicamente traumático (O’Leary, 2004).

De acordo com estudo de revisão de Donegan, Noonan e Bradshaw (2023), a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde, opiniões sociais inúteis e a falta de consciência do significado da perda agravam as emoções negativas complexas e dificultam a adaptação dos pais enlutados a uma gravidez subsequente (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Lee;

Mckenzie-Mcharg; Horsch, 2013; Phelan, 2020).

▪ **Luto inibido socialmente**

Além da sensação de dupla perda, as mulheres relataram o enfrentamento de tabus sociais em torno da morte do bebê, resultando em um luto silenciado por uma sociedade que espera que tudo volte ao normal o mais breve possível (Aguiar; Zornig, 2016).

Minha briga maior nesse sentido é com minha própria mãe, porque ela fala: você tem que esquecer, isso, já foi, agora você está grávida de novo. Ai, um dia eu perguntei para ela “mãe você tem três filhos, se um de nós morrer, nunca mais ninguém vai falar no nome dele, lembrar dele?”, não entendo. Sempre que eu converso com ela a respeito da minha filha, ela diz que tenho que esquecer, que tenho que superar. É complicado ouvir isso da tua mãe. Se eu morrer, ela vai me superar? (G18)

Meu pai e minha mãe não me deixavam chorar.... Quando eu ia conversar com eles sobre o V., eles diziam: vai passar, a gente não quer te ver chorando, não. Bora, levanta a cabeça, enxuga essas lágrimas. Me sentia triste, eu só queria que eles me dessem colo e chorar e eles não deixavam. A última vez foi no dia dos pais, comecei a chorar e eles me mandaram até embora. Fiquei bem chateada. (G25)

As participantes ouviram comentários insensíveis e inadequados de pessoas próximas que, na tentativa de confortá-las, disseram: “Você é nova, depois você vai querer ter outro bebê” (G27); “Você tem que esquecer, isso já foi, agora você está grávida de novo” (G18). “Nesse processo, me sentia muito sozinha, parecia que ninguém compreendia a minha dor, tudo que as pessoas falavam me deixava mais irritada, em vez de ajudar, só piorava a situação” (G7). A identidade materna após um natimorto geralmente não é reconhecida socialmente e, conseqüentemente, o luto desprivilegiado foi comumente relatado:

As pessoas não estão acostumadas a lidar com a morte, não por maldade, mas, às vezes, falam coisas que machucam muito. Eu fiquei fria em relação a isso, de tanto as pessoas querer comparar a minha dor com outras coisas, eu parei de acreditar que as pessoas tenham uma palavra para consolar. Tem uma tia minha que disse: ainda bem, porque eu não te via como mãe. Isso é um absurdo! Foi o motivo para manter distância. (G26)

Dessa forma, percebem ainda, que seu bebê é considerado como algo substituível, evidenciando culturalmente o luto como um tabu e inaceitável (Cacciatore; Defrain; Jones, 2008; Heazell *et al.*, 2016; Shakespeare *et al.*, 2019; Turton *et al.*, 2006; Weiss; Frischer; Richman, 1989). Nesse sentido, percebeu-se nesse estudo, como em outros (Muza *et al.*, 2013; Silva; Tachibana, 2022), a busca das participantes pela participação (in) formal em grupos de autoajuda, com a finalidade de compartilhar suas narrativas, encontrando pares com os quais se identifica como um ato terapêutico (Silva; Tachibana, 2022).

Pra mim, no começo era assim: ‘não fala dela, ela precisa descansar’. Era muito

disso na minha família. Procurei apoio em grupos de mães enlutadas. Fui aprendendo a lidar com isso e resolvi normalizar, tanto que, com qualquer pessoa eu falo da minha filha, da minha história...tinha que escolher o caminho a seguir, senão ia me magoar mais ainda. E eu só naturalizei, jurei para mim mesma: nem que eu fale com a parede, eu vou falar da minha filha, esse é o meu legado, e é assim que eu deixo a minha L. eterna aqui... (G24)

▪ **Luto incongruente: percepção das mulheres sobre o luto paterno**

Consistente com a literatura sobre o luto incongruente (Albuquerque *et al.*, 2019), em que o casal está "fora de sintonia" na vivência do luto, algumas participantes relataram perceber disparidades com seus esposos na vivência do processo de luto. Uma delas relatou que o esposo disse que ela estava “negando a morte” do seu filho por falar constantemente dele como membro da família:

É difícil ele entender que tenho meu filho aqui no meu coração, ele diz que estou negando a morte do meu filho ao incluir o T. como meu terceiro filho. Passei por todas as fases, montei a caixinha dele, plantei a árvore, reconheço como filho. Eu não estou falando que meu filho está aqui do meu lado, mas eu tenho ele, ele está aqui comigo, existiu e existe. (G27)

Outra mãe descreveu que se “esforçou” para sair do luto quando percebeu que o esposo estava incomodado com seu sofrimento. Esses achados evidenciam que, devido ao processo de luto individual, ambos podem estar desprovidos dos recursos ou em demasiado sofrimento para dar suporte ao parceiro (Albuquerque *et al.*, 2019). Isso é de particular importância, pois estudos anteriores evidenciaram que o natimorto tem um efeito adverso nos relacionamentos, atribuído às diferenças de gênero no luto (Meaney *et al.*, 2017; Phelan, 2020).

Segundo o estudo de revisão de Donegan, Noonan e Bradshaw (2023), o luto não vivenciado por ambos os parceiros pode exacerbar a ansiedade e os sintomas depressivos nas mulheres devido a percepções de falta de compreensão por seus parceiros. Por outro lado, os desafios, quando compartilhados, poderão fortalecer a relação e unir mais o casal:

[...] Apesar de ter passado um processo muito difícil no casamento, hoje melhorou muito a questão da comunicação conjugal, porque a gente teve que aprender a ouvir um ao outro porque compartilhamos da mesma dor. Só o meu marido sabe o que eu passei, então a comunicação, melhorou muito (G23).

A conscientização sobre os diferentes processos de luto de acordo com o gênero pode facilitar que os provedores de saúde forneçam cuidados individualizados.

As mulheres também expressaram o receio de manter a atividade sexual nesta gestação, o que também foi percebido nos esposos. Relataram que, com todas as situações de estresse que passaram com a perda do filho, “a libido acaba dando uma baixa”. Outra

participante relatou a sensação de “não querer ser mulher naquele momento, queria viver meu luto e minha gestação, não me sentia merecedora de sentir prazer”. Autores argumentam que a redução da libido pode ser uma consequência da intensidade de luto e das percepções negativas sobre sentimentos de desejo ou prazer por parte das mulheres (Albuquerque *et al.*, 2019; Dyregrov, A.; Gjestad; Dyregrov, K., 2020).

▪ Isolamento social

Outros estudos evidenciaram que a falta de apoio social e a incompreensão da sociedade sobre o luto pela perda perinatal pode ser muito prejudicial, podendo resultar em fortes sentimentos de isolamento e desconexão de seu ambiente social (Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023; Meaney *et al.*, 2017; Persson *et al.*, 2023).

As mães relataram que permaneceram mais reservadas e introspectivas nesta gestação e tiveram a necessidade de não revelar a gravidez para algumas pessoas, na tentativa de evitar julgamentos e expectativas das pessoas sobre sua gestação após a perda: “Nem todo mundo sabe que estou grávida, não estou querendo gastar minha energia com enxurradas de perguntas, estou gastando minha energia em ficar bem, tentar deixar o bebê bem” (G20). “Com esse acontecimento da morte do G., eu fiquei mais reservada, me limito das pessoas me darem palpite. Sempre fui comunicativa, e hoje estou mais reservada, mais quieta” (G8).

[...] na primeira gestação, era uma alegria sem tamanha, querer contar para o mundo, querer ficar de barrigão logo, querer que todo mundo perceba, e dessa vez não, parece que o B. está escondidinho, ele quer ficar ali mais discreto. O corpo está demorando mais para gritar: Tem bebê aqui. (G11)

Semelhante a outros estudos (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023), algumas mães relataram dificuldades em partilhar memórias do seu primeiro filho com outras pessoas que esperavam que teriam que “superar” a perda, agora que estavam gestantes de outro filho: “Eu me afastei do meu ciclo de amizade, fiquei mais reclusa. Até mesmo pelas pessoas não entenderem. As pessoas acham que estar grávida de novo é só alegria, o que passou, passou, vida que segue. Só que não é bem assim” (G22).

As mulheres acham desafiador discutir abertamente suas preocupações, pois os comentários da família e dos amigos reforçam a crença social de que ter filhos é uma parte natural da vida e não a perspectiva cheia de ansiedade que agora vivenciam (Meaney *et al.*, 2017). Por outro lado, as mães se sentiram incomodadas com as atitudes de um “cuidado maior” por pessoas da família, considerada pelas participantes como “maternidade roubada”,

“tentativa de controle” e até “cobrança do nosso posicionamento, como se fossemos culpadas pelo que aconteceu”.

Bowlby (1980) acreditava que as respostas ao luto são instintivas, adaptativas e valiosas para a sobrevivência. Quando a memória da criança que os pais trabalham para manter viva não é compartilhada por seu sistema de apoio familiar, problemas podem surgir e podem ser responsáveis pela persistência no luto. Pessoas significativas que não reconhecem a importância do relacionamento parental contínuo para o bebê que morreu podem, sem saber, bloquear a capacidade dos pais de compreender a dificuldade de se apegar ao novo bebê na gravidez subsequente (O'Leary, 2004).

Freud (1974) descreve o conceito da identificação melancólica que se apresenta como um caminho às mães que perderam seus bebês e não conseguiram iniciar um processo de luto, podendo lançar mão, assim, de um trabalho interno, que apresenta certa similaridade ao luto, recorre a uma incorporação do objeto perdido em seu próprio ego, e não libera seu ego para fazer novos reinvestimentos, percebe-se a inibição a outros investimentos libidinais e ausência de sentimentos empáticos.

Portanto, a banalização do luto perinatal pela sociedade e pelos cuidadores envolvidos se constitui como iatrogênica ao recusarem o sofrimento psíquico parental e não garantir aos pais o direito de escolherem o que desejam diante da morte de seus filhos (Aguar; Zornig, 2016).

7.4.2 Mecanismos de autoproteção na gestação subsequente:

▪ Medo da recorrência da perda: comprometimento do apego ao bebê

As mulheres relataram que tinham reprimido suas emoções durante suas gestações, diminuindo as expectativas, não ficando excessivamente animadas sobre o parto, atrasando em contar sobre a gestação para familiares e adiando os preparativos para a chegada do bebê. Além disso, as mães, no início do estudo, expressaram a dificuldade de desenvolver vínculo com o novo bebê, pois temiam a recorrência da perda perinatal, também evidenciada por outros estudos (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Côté-Arsenault; Donato, 2011; Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023; O'Leary, 2004).

É um processo muito intenso dentro da gente. Estou esperançosa, mas vou ficar com pé atrás, porque se não vai doer tudo de novo. Estava muito feliz, mas, ao mesmo tempo, com medo de validar minha felicidade, e pensando que ia acontecer de novo. (G7)

[...] eu não queria criar vínculo. Não era de conversar com a barriga, de colocar a mão, eu criei um bloqueio para não sofrer de novo o que eu sofri. Agora que eu fui ligar que estou grávida que estou começando a criar o vínculo com o bebê. Só que ao mesmo tempo, estou com aquele medo, porque chegou nas semanas da perda... (G12).

[...] Ainda não consigo estar totalmente alegre, e estou morrendo de medo de perder a qualquer dia. Estou vivendo, estou tentando, esforçando, mas não chamaria que esse é o momento que chamo de felicidade. Porque eu tenho mais medo, mais insegurança, e ainda me sinto muito sozinha. (G16)

O medo da recorrência da perda, bem como a sensação de deslealdade para com o bebê que perdeu, muitas vezes atrasam o desenvolvimento do apego ao bebê que ainda não nasceu, e o otimismo cauteloso é muito comum (Côté-Arsenault; Donato, 2011). Esse comportamento intensifica o isolamento social, pois temem o julgamento das pessoas:

O medo está me deixando muito incapaz, eu não estou conseguindo desenvolver um vínculo com o D., como eu tinha com o M. Ele mexe, eu fico irritada, antes o M. mexia, eu achava uma delícia. Então, são coisas que eu não conto para ninguém, estou falando aqui para vocês, as pessoas podem dizer que estou louca... ingrata, agora está grávida e está desse jeito. (G21)

[...] Estou feliz, quero ele, mas não consegui contar para a metade da família, e nem compramos nada ainda. Tenho medo de não conseguir amar tanto essa criança, ainda não consegui me entregar 100% a esta gestação... (G5)

Devido à experiência conflituosa de esperança por um resultado positivo e medo de um resultado negativo, mecanismos de autoproteção foram utilizados pelas mulheres, considerados contextualmente únicos durante a gravidez após a perda, conforme descritos a seguir:

▪ **Amortecimento Emocional**

Uma gravidez bem-sucedida não pode ser garantida, então as mulheres vivem com a incerteza onipresente, e relataram proteger-se em um “casulo emocional” para garantir passar pela gravidez emocionalmente intactas. As emoções são contidas até que tenham um bebê vivo em seus braços:

A gente veste uma capa justamente para as pessoas não acessar a nossa dor, e aqui eu não preciso de capa, posso dizer o que me faz chorar, meus medos, medo de ficar feliz. Se falar para alguém de fora, já julgam. (G7)

Eu vivo com meu coração apertadinho, cheio de medo de acontecer tudo de novo. Esse sentimento eu vou levar até o dia que eu conseguir ter o meu colo preenchido. Enquanto esse dia não chegar, eu sempre vou ficar com aquele receio. É uma gestação que a gente fica com uma alegria triste, ao mesmo tempo que a gente está comemorando a gestação e a evolução, tenho um sentimento de tristeza por não ter os meus outros filhos. Então, é muito confuso. (G22)

Comportamentos semelhantes conceituados como “amortecimento emocional” foram relatados em outros estudos, um meio de tentar controlar suas emoções o máximo possível para se preparar para o pior resultado, e permanecer emocionalmente desligada da gravidez (Côté-Arsenault; Donato, 2011), conforme relato a seguir:

[...] Estava tentando mentir para mim mesma, não estou conseguindo ter uma ligação com o bebê. Fiz o US, escutei o coração, fico esperando a hora de perder o bebê, não é que eu queira perder, é que eu não estou me sentindo grávida, e quando eu sinto, eu fico me sentindo culpada e esperando meu corpo rejeitar o bebê. Não estou conseguindo assimilar que estou grávida. Estou com muito medo, muito preocupada, passando por uma gestação que parece que estou mais doente do que gestante, muito ruim sentir, porque é algo que eu quis tanto e eu me sinto assim. É uma linha muito tênue entre a razão e a loucura, se a gente deixa a gente se perde, muito chateada, angustiada. É muito triste se sentir doente e não se sentir grávida. (G15)

▪ Perda da ingenuidade: “Esperar pelo pior”

As participantes demonstraram uma visão mais realistas e consciente, não se permitindo “romantizar” a maternidade. Essa sensação levou-as a adotar comportamentos autoprotetores, como a perda da ingenuidade. Uma delas chamou de “esperança malandra” e não ingênua: “espera, mas espera para ver para crer” (G16).

Tinha uma visão da maternidade como uma coisa sublime, intocável, depois de Deus, e que nada de mal acontecia com uma gestante, até eu me deparar com a minha história... Depois de caminhar no processo de luto, não me permito mais fantasiar. Parei de romantizar a gestação. Não é o fato de ser negativa. É ser realista. Vou de peito aberto, não acho que vai dar ruim, mas eu estou disposta a encarar qualquer coisa que tiver que ser. (G19)

Então, depois da A. eu fiquei uma pessoa que sofre, tem muita dor, muita revolta ainda, mas sou mais racional. Eu sei que hoje não é só engravidar e esperar o bebê nascer, precisa fazer muita coisa pra que esse milagre aconteça. (G24)

Muita coisa está diferente; estou mais pé no chão. Estou mais objetiva para saber o que preciso fazer, mas com medo de que as coisas saiam do controle. Aquela sensação de que a alegria está acabando. E na minha cabeça, fica soando aquele alarme de que com 25 semanas pode acabar a minha alegria. Como se, em algum momento, fosse acabar. Como se você não fosse merecedora dessa alegria. (G26)

Assim como em outros estudos as participantes demonstraram que a experiência da perda da gravidez anterior, marcada por sofrimento e ansiedade, gerou intensos sentimentos de baixa autoestima e comprometimento da autoconfiança (Bailey *et al.*, 2019; Lee; Mckenzie-Mcharg; Horsch, 2013; Meaney *et al.*, 2017). Questionam sua competência para gerar uma criança saudável, e preferem “esperar pelo pior” para não alimentar suas expectativas e sofrer novamente. Estão cientes de que esse comportamento é uma defesa para não se frustrar:

Fico duvidando de que eu vá ser mãe de um bebê vivo. Se eu esperar que algo vai dar errado, se der certo, eu vou ficar feliz, se der errado, eu não vou estranhar, porque eu já esperava que desse errado. Pensamento muito horrível, mas às vezes é inevitável. Como se fosse uma defesa minha para não me frustrar. Se der errado, vou poder dizer: Ah, já sabia. (G26)

Antes, eu era uma menina muito sonhadora. Eu tinha na cabeça que era só engravidar, passar os nove meses e voltar pra casa com o filho no colo. Depois da perda dos meus filhos, eles me trouxeram muito conhecimento, eu fui atrás de informação. Hoje eu não aceito, porque hoje eu tenho conhecimento, então hoje, se o médico não me pediu exame, eu já sei que eu tenho que fazer, eu vou lá e faço e já sei até interpretar, então, não é qualquer coisa que eu vou aceitar pra mim. (G22)

O mecanismo que a participante a seguir utilizou, ao descrever o Plano de Parto da sua atual gestação, evidencia de forma categórica o caráter negativo particular de “esperar pelo pior” em uma gestação após a perda:

Quero fazer o plano de parto também voltado para outra perda. Eu gostaria por exemplo, se acontecesse, que Deus defenda, mas se esse bebê também viesse a morrer, eu gostaria de ter um tempo com ele porque eu fiquei menos de sete minutos com V. no braço. Foi tudo muito rápido, eles deixaram eu me despedir, me entregaram ele, eu pude ficar um pouquinho com ele, mas o que você faz em sete minutos? Eu só lembrei de ficar olhando pra fisionomia dele pra não me esquecer daquele rosto. Não pude vestir, não pude calçar uma meinha, não pude tirar foto com ele. Então se não teve esse ritual pra mim, eu gostaria de participar dessas questões fúnebres, porque eu fiquei totalmente sozinha, só eu e Deus naquele quarto de hospital, e meu marido correndo atrás igual um louco das outras coisas. E eu não pude velar ele, não pude enterrar. Então eu iria incluir nesse meu plano de parto de hoje todas essas questões, acompanhar tudinho bonitinho, poder me despedir mesmo. (G25)

▪ Gerindo a autculpa com a Hipervigilância

A grande maioria das participantes deste estudo revelou a angústia diante da causa desconhecida e inexplicável da perda de seu bebê na gestação anterior. A literatura reforça a necessidade psicológica de entender as causas explicativas do ocorrido, tendo em vista que o psiquismo fica ainda mais fragilizado diante do desconhecido “obscuro labirinto mental” (Faria-Schützer *et al.*, 2014), conforme relato a seguir:

Foi bem pesado, a gente tentou fazer a necropsia para saber o que estava acontecendo, mas disseram que devido à pandemia não puderam fazer, já tinha passado a pandemia e não quiseram analisar o que tinha acontecido com ela, fiquei sem saber o que aconteceu. Não tinha um laudo, você não sabe o que aconteceu com seu filho, de repente estava tudo bem, perfeita, crescendo e depois do nada... foi bastante duro para mim ter um parto sabendo que minha filha não ia estar viva, minha primeira filha. Não estava preparada, não sabia como ia ser, tive que fazer uma curetagem sem necessidade, fiquei com sequela dessa curetagem, eu nem sabia qual era o melhor método, eu só fui fazendo o que me mandavam fazer. Não sei como se deu a sucessão de fatos, foi meio traumático, até hoje você tenta processar o que aconteceu. (G20)

Sem respostas claras, as mães ficam com sentimentos de vergonha e culpa pela

morte de seus filhos. A sensação de que falharam, leva as mães a adotar mecanismos de enfrentamento, como o comportamento de hipervigilância (Bailey *et al.*, 2019; Cacciatore, 2010; Mills *et al.*, 2014): “Eu quis passar por 500 médicos, mesmo tendo que contar a mesma história para todos eles, mesmo chorando aos prantos, pedia pelo amor de Deus para saber o que eu tinha” (G20).

A busca incessante sobre a causa da morte do bebê foi um mecanismo para obter respostas para agir diferente na gestação atual. Assim, as mulheres não aceitaram a morte do bebê como “uma fatalidade” e foram buscar conhecimentos e informações, considerando como o primeiro passo no “caminho” que deverão percorrer para ir ao encontro do “milagre” de ter seu filho nos braços, conforme relatos a seguir:

Depois de tudo isso, eu fui atrás, eu não aceitei que era uma fatalidade. Passei por vinte e cinco médicos, rastreei horrores. Aí eu descobri a trombofilia. Hoje, a minha visão é a seguinte: não significa que eu não vou sofrer se algo errado acontecer, mas a gente já sabe o risco e o caminho que a gente tem que andar. Então, quando a gente olha pro diagnóstico é o primeiro passo. (G24)

É tanto médico que está levando as rédeas dessa gestação, porque eu já tenho tanta informação, estudei tanto, que eu acabo direcionando também. (G8)

De acordo com Côté-Arsenault e Donato (2011), a “intelectualização” é um mecanismo de defesa “altamente adaptativo”, no quais as mulheres se concentram em informações objetivas para evitar experimentar sentimentos perturbadores, pois eles produzem breves períodos de alívio quando os sintomas e os resultados são considerados “normais”.

Esse comportamento de hipervigilância sobre o bem-estar fetal, evidenciado pelas participantes, também foi desencadeado pelo sentimento de autculpa pela morte do filho. Na tentativa de compensar a sensação de fracasso anterior, as mulheres relataram que não atentaram para os sinais relacionados à morte do bebê na gestação anterior e tornaram-se mais vigilantes para o desenvolvimento de qualquer complicação nesta gestação (Mills *et al.*, 2014):

[...] às vezes sentia muita culpa por não ter conseguido fazer nada, e agora que eu tenho controle eu faço o que está ao meu alcance, mas o resto eu entrego nas mãos de Deus. (G20)

Quando o H. morreu eu me senti culpada. Eu achava que era alguma coisa que eu tinha feito de errado. Sempre que eu penso que deveria ter feito algo, eu me machuco muito. (G26)

Algumas gestantes relataram que o sentimento de autculpa lhes foi imputado pelos profissionais na hora da morte do seu bebê: “...cheguei na maternidade e falaram assim:

‘como que uma mãe de segundo filho não conseguiu sentir que ela parou? Como que não sentiu, não percebeu nada?’ [...] Então, eu ainda sinto muita culpa disso”. Ela expressa o quanto essa conduta dos profissionais impactou nesse comportamento hipervigilante: “É um pouco pesado, eu estou sempre muito preocupada, eu tenho planilhas, eu tenho tabelas pra levar pros médicos. Então, realmente, não é que eu queira estar no controle, se eu não falar eles não vão ouvir” (G24).

Autores defendem que ainda persiste uma sociedade que possui um discurso autoritário sobre a maternidade que, inevitavelmente leva a mulher a se culpabilizar frente a qualquer inadequação, principalmente em relação a uma gravidez não-sucedida (Halasi, 2018; Melo; Vaz, 2019). A mulher acaba sofrendo duplamente: pela perda do filho e por ser alvo de uma sociedade que a culpabiliza (Silva; Tachibana, 2022). Os profissionais precisam ser sensíveis no uso da linguagem para não intensificar os sentimentos de autculpa nas mulheres (Cacciatore; Frøen; Killian, 2013).

Assim como em outro estudo, as participantes expressaram que quando os sintomas da gravidez eram mais intensos, elas se sentiam mais certas da gravidez em andamento; no entanto, qualquer flutuação nos sintomas aumentava seus sentimentos de incerteza e causava maior sofrimento emocional (Bailey *et al.*, 2019).

Eu nem tenho receio maior de ter alguma coisa, meu receio maior é que seja o fim naquele momento...o coração parou. Eu só penso nisso. Eu só quero que tenha vida. Tenho tentado me observar, hoje mesmo já entrei em uma ansiedade, porque é quinta-feira a US, mas estou tentando me controlar e seguindo a vida. Uma coisa que tem me ajudado muito, que agora que passou meus enjoos, foi a atividade física que eu retornei e está me ajudando muito. E lá (academia) é um momento que cuido de mim e do bebê, ainda mais com diabetes, tenho que controlar a resistência a insulina. Está sendo muito bom. (G8)

Muitos participantes detalharam a hipervigilância como uma obsessão e algo que não conseguiam deixar de fazer, querendo constantemente buscar garantias de que sua gravidez estava em andamento:

E aí sempre né, todas essas questões sempre vai na questão maior que é perder, né? Como eu tive uma perda inicial, então eu sempre assim... vai fazer xixi e aí fica vendo papel higiênico. Agora comecei a sentir os movimentos do bebê, então, tipo assim... E aí, mexeu? está mexendo? Enfim, aquela coisa né? (G10)

▪ Marcos significativos da perda anterior: despertam conflitos na gestação subsequente

Todas as mulheres identificaram marcos significativos no tempo que consistiam em atingir e superar a gestação de acontecimentos significativos da perda anterior, incluindo ambientes médicos, idade gestacional ou comparecer aos exames de ultrassonografia (Bailey

et al., 2019; Blackmore *et al.*, 2011; Meredith *et al.*, 2017).

Conforme a gestação foi avançando e foram passando os marcos, a US morfológica, os movimentos do bebê, fui me sentindo mais segura com a gestação. Passei muito mal no primeiro trimestre, quando completou 12 semanas, foi uma virada de chave, passou tudo, começar a sentir os movimentos, é uma plenitude. (G13)

No entanto, como 60% das participantes tiveram a perda de natimorto tardio (a partir de 30 semanas), bem como perda neonatal, expressaram angústia à medida que a gravidez foi avançando:

No meu caso, não adianta eu ir na médica e ela dizer: ‘Fica tranquila, está tudo bem’, porque o que aconteceu comigo foi lá nas 39 semanas. À medida que minha gravidez vai avançando, eu e meu marido a gente vai ficando mais desesperados, então, a única coisa que me sobrou é a fé, é descansar em Deus. Agora é concentrar para não enlouquecer, é difícil demais. (G21)

As mulheres obtiveram maior consolo com as ultrassonografias, percebidas como evidências tangíveis do bem-estar fetal. Em contraste, relataram que as ultrassonografias podem induzir à ansiedade devido à associação com a perda anterior, uma visão corroborada por outros estudos (Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023; Phelan, 2020): “Fiz exame (US) no mesmo lugar que fiz do T., onde não tive uma experiência legal na morfológica. Só o fato de estar lá já comecei a chorar” (G27).

E o medo de ter um bebê e perder de novo? Cada semana, a gente vai ganhando mais confiança. Passei pelo US, foi muito difícil, foi nele que descobri que o outro bebê tinha uma malformação, venci o segundo morfológico, agora estou com 33 semanas, estou na reta final, na contagem regressiva para ter meu bebê nos meus braços. (G19)

As participantes relataram a mudança de perspectivas relacionadas à realização da USG, o que “[...] antes era uma alegria, hoje em dia quando chega o dia do US eu estou com o coração na mão. Fiz a Morfológica na semana passada, eu quase morri” (G26). “Às vezes, eu queria ir para um US muito inocente, só para descobrir o sexo, eu não queria ir para US, pensando que algo poderia estar errado” (G29).

A situação se agrava quando os profissionais não familiarizados com suas experiências anteriores não atendem suas expectativas em aumentar sua segurança, por exemplo, oferecendo uma segunda tela ou explicando cada situação:

Fiz a Morfológica na semana passada, eu quase morri. Não tinham dois monitores, era só o dele. Não estava vendo, ele muito calado, eu só via a sobrancelha dele mexendo, meu coração quase para. Eu pedi só para ele falar se o coração dele estava batendo e ele só riu e seguiu o exame. Passou quase uma hora e ele, calado, só falando as medidas. Aí ele virou, mostrou os batimentos, eu estava enlouquecida, meu coração estava aqui na garganta. Ele perguntou se estava tudo bem, eu disse que não, que tinha tido outras perdas. Ele pediu desculpas, “se soubesse antes teria sido mais falante durante o exame”. Não, tudo bem, estou viva. (G26).

Embora a USG seja um gatilho gerador de tensão, as mulheres relatam a necessidade de realizá-la com mais frequência para acompanhar o bem-estar do bebê:

Muito medo, o tempo todo quero ver se o bebê está bem, fazer US, pra ver se está vivo ou não. A trombofilia não avisa, uma hora você está com o bebê vivo e outra hora não está mais, e você não vai sentir nada, não vai saber. Agora ele está muito pequeno, só sei através de US, eles acham que tem que tratar como uma gravidez normal, com consultas uma vez no mês, com US daqui a dois, três meses, e eu não posso, pois a qualquer hora pode alterar algum fator, tenho que ficar de olho, e isso está gerando muita ansiedade. (G20)

O médico pediu para refazer em 15 dias após esse primeiro US. Para ver se está tudo bem, acho que ele sentiu que eu também estou nessa ansiedade de querer ver o tempo todo. Não consegui horário e a médica atendeu no feriado, então é muito conforto que dá para gente. Todas nós sentimos esse medo na hora do US. Medo que aconteça alguma coisa. (G8)

Outro gatilho importante evidenciado pelas gestantes deste estudo foi o início da percepção dos movimentos fetais, um marco significativo que ocasionou ciclos de medo e alívio. Muitas delas sentiram como um sinal de vitalidade e esperança: “Melhor coisa do mundo foi esse bebê começar a mexer na barriga, porque agora eu não conto mais com ultra. Ele mesmo já fala: ‘Tô aqui, mamãe’ (G11).

Relataram que se acalmavam com a frequência dos movimentos do bebê nos horários habituais ou em situações específicas. Por outro lado, também foram considerados como gatilhos que remetem às memórias da gestação anterior, quando foi pelos movimentos que perceberam a falta de vitalidade do bebê: “Eu descobri que quando eu não sinto os movimentos, volta o medo. O trauma fica gravado na gente. Sensação horrível! É uma ‘nóia’ que não tinha nas outras gestações, nem lembro como era” (G27).

7.4.3 *Senso de continuidade e conexão: histórias entrelaçadas*

As mulheres que sofreram perda perinatal vivenciam um constante dilema, pois, ao mesmo tempo em que desejam ter um filho vivo e nele investir, sentem-se culpadas por não permanecer unida ao bebê falecido, gerando um mal-estar por não manter o bebê morto como único objeto de amor (Muza *et al.*, 2013).

Portanto, para seguir com o objetivo de ajudar as mães a manter uma conexão com o bebê que morreu dentro de sua história familiar, como forma saudável de adaptação, além de auxiliar a desenvolver o vínculo ao novo bebê, o PNP forneceu um ambiente seguro de apoio, que envolveu: conhecer cada mulher, sua gravidez e a história da perda; ofereceu habilidades de enfrentamento para reduzir a ansiedade; encorajou o uso de exercícios terapêuticos para mediar as expressões; forneceu orientações sobre tópicos de interesse, e um

espaço para livre expressão de sentimentos ambivalentes, de acordo com os temas descritos a seguir.

▪ **Reconhecer sentimentos parentais pelo bebê que perdeu**

O PNP ofereceu às gestantes a oportunidade de relatar a história da perda do bebê, facilitando as expressões de luto e os sentimentos de amor por ele, resignificando-os em sentimentos parentais direcionados ao novo bebê (O'Leary, 2004):

É muito bom ter a oportunidade de falar deles, sempre que tenho a oportunidade de citar o nome deles em uma conversa, é um alívio muito grande saber que eles fazem parte da minha vida, independente de estarem aqui de corpo físico ou não, eles fazem parte da nossa história. Tem momento que dói saber que eles podiam estar aqui, mas é uma forma de reafirmar no meu coração que, independente de qualquer coisa, eu sou mãe deles e quem me perguntar eu vou poder dizer com muito orgulho que tenho três filhos. Eu passaria por tudo de novo só para passar por aquele momento que o H. nasceu e colocaram ele em mim, foi o momento mais feliz da minha vida. E eu passaria tudo de novo para sentir a B. se mexendo na minha barriga. Eu teria toda aquela alegria de novo, mesmo que por pouco tempo. (G26)

Dessa forma, perceberam que é possível expressar seus sentimentos pelo bebê que perderam sem precisar se sentir culpada: “Eu não me sinto culpada, nem triste quando eu falo da F. (bebê anjinho) ou quando eu choro e me emociono. Eu acho que a F. tá aqui junto dessa gestação de alguma forma, ela tá sempre presente” (G11).

Além disso, expressaram o quanto foi importante a oportunidade de reconhecer a sua maternidade com seu bebê anjinho, para se sentir feliz com a atual gestação:

Eu só não estou com ela aqui, mas é minha filha. Se não tiver esse sentimento, parece que eu tenho que me culpar por estar grávida, por estar feliz com outra gestação, por não ter a criança anterior, mas eu tenho e está no meu coração. (G18)

Hoje eu tenho orgulho de falar que sou mãe deles, porque falando mantém eles vivos. (G14)

[...] A gente convive com os bebês desde que a gente sabe que eles estão dentro da gente, a gente vai conversando, então eles já são alguém pra gente. Não precisa que eles de fato nasçam. (G16)

As gestantes expressaram que o vínculo com seu bebê anjinho despertou nelas, além dos sentimentos maternos, um sentimento de amor materno inexplicável: “Lembro deles com muito amor, não sabia que podia amar tanto mesmo na ausência” (G14). E relataram que esse sentimento de amor despertado pelo bebê anjinho abriu caminho para o bebê da nova gestação: “Acho que a L. me transformou, ela me fez e vai me fazer ser uma mãe melhor para o M... Ela abriu esse caminho para mim de uma maneira muito bonita” (G7).

▪ **Comunicar sentimentos ambivalentes: Luto versus alegria.**

Considerando que uma gestante enlutada necessita pensar e sentir intensamente tanto sobre o seu luto como sobre a nova gestação, o PNP proporcionou a elas a oportunidade de comunicar sentimentos ambivalentes direcionados ao luto e ao novo bebê. A maioria das gestantes expressou conviver com conflitos relacionados à tristeza pelo luto do bebê e à alegria contida pelo medo de nova perda, continuam de luto e apegadas aos seus bebês anjinhos, conforme relatos a seguir:

Me sinto mais conectada com ele (bebê anjinho), do que com esse bebê. Tem essa conexão muito forte, esse bebê ainda está na barriga, é um pouco mais difícil, ainda não vi, agora que está começando a mexer mais, converso mais com ele. Mas, por toda a história, já se criou uma conexão muito forte com o T. Eu sinto falta dele, eu queria que ele estivesse aqui também, para mim isso é bem claro, o T. faz parte da nossa família independente de ter outro bebê ou não. (G27)

No começo, foi muito difícil para nós dois. A gente não estava conseguindo lidar com o sentimento do luto, mais o sentimento de alegria de uma nova criança chegar. É muito conflitante esse sentimento. (G4)

Todas as participantes se referiram aos níveis significativos de ansiedade que experimentaram durante a gestação pós-perda, relacionados aos sentimentos ambivalentes e paradoxais, associados ao medo e preocupação com o resultado de sua gravidez, também evidenciados por outros estudos (Bailey *et al.*, 2019):

[...] é como se ainda não sentisse que estou grávida, tenho medo de ter uma conexão, tenho medo de perder e sofrer. Escutar o coração, foi surreal, as lágrimas brotam. Tenho medo de me apegar, e ao mesmo tempo queria segurar com as mãos, que não acontecesse nada. Tenho medo, pânico, pavor... (G15)

Não adianta as pessoas falarem para mim que eu tenho que estar feliz, que tenho que curtir, os dois sentimentos vêm juntos. Não é que eu não esteja curtindo e que não esteja feliz, muito pelo contrário, estou curtindo, estou fazendo o meu melhor, quero que a R. se sinta amada, porque ela é. Mas o sentimento da perda, que o D. deveria estar aqui junto, é muito difícil controlar esses dois polos. (G30)

Embora a ambivalência seja um processo esperado, não existindo gestações completamente aceitas ou rejeitadas, é possível que, nos casos de gestação pós-perda, sentimentos ambivalentes sejam mais intensos, considerados como uma autoproteção diante da possibilidade de uma nova perda. Contudo, é preciso atentar para esse sentimento, para que não repercuta negativamente na relação com o novo bebê (Teodózio *et al.*, 2020).

Winnicott (1983) considera que, no contexto gestacional, a ambivalência pode ser entendida como inerente ao processo de estabelecimento do espaço psíquico materno e sua tolerância como uma oportunidade de crescimento e aceitação do filho. Um ambiente de “*holding*”, de acolhimento da ambivalência, oferecido pelo PNP, favoreceu a transformação

deste bebê intruso em familiar (Arrais, 2005).

▪ **Coragem para organizar o espaço para o novo bebê**

É na preparação da chegada do bebê, tecida a partir de identificações e fantasias, que algo da ordem da ambiência psíquica pode ser construído para recebê-lo. Este espaço psíquico está correlacionado à construção do espaço físico – quarto, enxoval, transformações corporais e é um indicador do desenvolvimento do vínculo e da função materna (Iaconelli, 2007).

Nesse sentido, percebeu-se nas gestantes deste estudo a ansiedade relacionada à dificuldade de preparação do quarto e do enxoval do bebê, decorrente do medo da recorrência da perda: “Estou feliz, quero ele, mas não consegui contar para a metade da família, e nem compramos nada ainda. Está difícil planejar” (G5). “Eu não quero montar o berço. Eu tenho vontade, mas eu tenho medo, tenho receio de que, ok, hoje vamos fazer a mudança e amanhã acontece alguma coisa. Aí eu vou ter que desfazer tudo de novo” (G30).

O dia do chá revelação da R. foi muito difícil, ficar feliz, eu tenho um filho morto com um ano de idade, e estou celebrando? É um sentimento muito confuso. Estou começando a sentir ela se mexer, ficar feliz com ela, mas, ao mesmo tempo, eu não quero montar o berço, por exemplo. Uma hora eu vou ter que abrir as coisas dele e ver o que vai ser útil para a R., afinal de contas era um menino, mas eu não coloquei em prática ainda. (G30)

Ficou evidenciado que algumas mulheres só conseguiram investir psiquicamente na gestação subsequente à perda, após terem ultrapassado a quantidade de semanas equivalentes à idade gestacional em que haviam sofrido a perda anterior, adiando os preparativos para a chegada do bebê num movimento de autopreservação, evidenciado por outro estudo (Rodrigues, 2009).

Eu adiei muito para arrumar o enxoval do B. estava tudo igual, as gavetas estavam do mesmo jeito do dia que eu estava esperando para levar ele para casa, até uns dias antes da B. nascer, e foi muito difícil abrir espaço nas gavetas para colocar as coisas da B. porque para mim eu estava deixando ele de lado. Nossos encontros foram muito importantes para a gente entender que é normal. (G22)

Outra gestante demonstrou a dificuldade de montar o quarto do bebê em termos da reativação da sensação de “vazio” ocasionada pelas recordações da morte do filho: “É difícil ver um quarto montado sem o bebê, vazio. Me faz ficar ambivalente, tenho vontade de planejar, enfim, mas, ao mesmo tempo, vou ficar entrando ali nesse vazio? Sem eu viver? Isso me deixa um pouco confusa” (G3).

Esse processo de organizar o espaço para o bebê também foi relatado por algumas gestantes, como sensação de traição ao bebê que perdeu: “...eu não quero tomar atitude, é

difícil, parece que está tirando do seu outro filho. É muito engraçado, eu já vi tudo, mas eu travo na hora de fazer” (G4).

Tive o sentimento de traição, “meu Deus está vindo um bebê novo e eu vou esquecer da L.”. Estou montando o quarto do M. e não vivi isso com a L., a L. nem tinha roupa praticamente, não deu tempo, eu chorei muito, quando eu vi o quartinho se materializando, fiquei quatro dias chorando, lembrando disso, pensando como seria com ela. (G7)

Outros estudos documentaram que é comum a mulher sentir-se culpada ao se envolver com os preparativos da chegada de um novo bebê, como se estivesse traindo o bebê falecido (Aguiar; Zornig, 2016; Muza *et al.*, 2013; Rodrigues, 2009; Silva; Tachibana, 2022).

As mães relataram também a necessidade de permanecer tristes, caso contrário a criança seria esquecida. Isso pode fazer com que os pais acreditem que reinvestir em outros relacionamentos (como se apegar a um filho subsequente) e cuidar de outros assuntos da gestação, significa que eles se esqueceram e abandonaram o filho falecido.

[...] Pelo menos no meu caso, estava difícil criar o vínculo, aquela sensação que era como se eu tivesse deixando a história dele de lado para viver essa nova história, um conflito muito grande. (G22)

Observou-se no relato de algumas participantes a angústia em ter que se desfazer dos objetos e roupas do bebê anterior por ser do sexo diferente: “[...] porque tem que se desfazer das coisas dele, para colocar outra pessoa, outra identidade. Tenho medo de rejeitar ela pela culpa de parecer estar substituindo o D. Ainda estou de luto e apegada ao D” (G30).

Estudo reforça que esse comportamento pode prejudicar a construção de identidade do novo bebê, em alguma medida, pela função de substituição do bebê falecido (Teodózio; Barthi; Levandowski, 2022). Por outro lado, a questão relacionada aos sexos diferentes dos bebês foi evidenciada por outras gestantes como uma forma de resolver os sentimentos ambivalentes e fechar o ciclo:

Aquela questão que falamos da ambivalência, vez ou outra eu me pegava pensando no G. Já pensei em descer com as roupinhas, doar e fechar esse ciclo. Deus foi muito bom para mim, me mandando uma menininha agora para eu poder resolver essa questão da ambivalência. (G8)

Agora que descobrimos o sexo, começamos a se desfazer das últimas roupinhas da F., que agora vem um menino, não adianta guardar. Eu tenho consciência disso, então foi um momento também que eu chorei porque, agora sim, está encerrando, vamos botar essas roupinhas pra outras pessoas. (G11)

Estudo de Teodózio, Barthi e Levandowski (2022), em que foram entrevistadas quatro mulheres, que já haviam sofrido pelo menos uma perda, evidencia que, em alguns casos, as mesmas roupas e os mesmos nomes dos bebês perdidos foram atribuídos ao novo

bebê, com o bebê perdido “assombrando” o vínculo materno filial.

Numa tentativa de não reconhecer a perda, observa-se a frequente incorporação do bebê perdido no ego da mãe como uma sombra. A reativação do luto, por outro lado, pode gerar um processo criativo, permitindo prosseguir na elaboração (Aguiar; Zornig, 2016).

▪ **Reconhecer as modificações gravídicas e as competências fetais: presença do bebê no útero e em sua vida**

À medida que a gestação prossegue na gravidez subsequente, as habilidades comportamentais do novo bebê se tornam mais refinadas, fazendo com que o bebê provoque uma consciência de sua presença. É importante conscientizar a mãe sobre as competências fetais e a presença do novo bebê no útero, auxiliando-a a iniciar o desenvolvimento do vínculo na gravidez atual (O'Leary, 2004).

De forma interativa, foi feita uma contextualização sobre as vivências gravídicas e emocionais e, à medida que os temas foram sendo abordados, as participantes trouxeram informações a respeito de suas experiências.

Primeiramente, expressaram a percepção de que suas sensações físicas estiveram mais intensas nesta gestação, e suspeitam que o luto possa ter uma responsabilidade nessa vivência: “Fiquei 15 dias sem conseguir fazer nada, enjoo, e bateu muita saudade do meu filho, chorei muito, foi uma coisa que há um tempo não sentia tão forte” (G8). “Nesta gestação, sinto mais cansaço e mal-estar. Não sei se tem uma questão emocional que eu trago, desse luto que ainda é muito vivo dentro de mim, tive muito enjoo, mal-estar, estou sempre cansada...” (G4).

Relataram a sensação de plenitude no segundo trimestre, quando iniciou a percepção das alterações do seu corpo gravídico e dos movimentos do bebê, sentindo-o como realidade concreta dentro de si:

Minha barriga está bem marcadinha, eu olho e digo: nossa, estou grávida, tem um bebê aqui dentro e dessa vez vai comigo. E os seios, agora eu tenho de verdade, aumentaram bem. Percebi a pele mais bonita e o sorriso mais aberto, é estou mais feliz. Até para aproveitar cada fase da gestação. Apesar do medo que a gente vive constantemente, é um paralelo muito doido, apesar de tudo isso, a gente tem a alegria de comemorar cada passinho, a gente ri mais, aproveita mais... (G7)

Referente ao terceiro trimestre, muitas delas expressaram a sensação de alívio por terem passado pelas datas que marcaram a gestação anterior (da perda) e, assim, se sentiram mais tranquilas para se envolver com a gestação e iniciar o vínculo afetivo com o bebê:

O terceiro trimestre começa a pesar, cansar, e, bate a ansiedade, medo, tanta coisa... sempre que chega no final do dia parece que a gente lutou uma batalha

gigante...Graças a Deus que eu consegui passar das 25 semanas, eu nunca me senti tanto tempo grávida. Para mim, cada dia é uma vitória muito grande. Tem vez que a semana passa e eu não vejo, e a gente está conseguindo. (G26)

[...] quero amar essa criança acima de tudo. Eu demorei para me entregar a essa gestação, agora com sete meses, eu posso falar: “agora estou entregue, estou curtindo”, comecei a arrumar o quarto... foi uma coisa que posterguei muito para parar de pensar “e se acontecer novamente?”. Fico pensando que ela vai chorar bem forte quando nascer, que até sonhei com ela chorando, meu filho nasceu com problema respiratório e chorou fraquinho. (G4)

As mães relataram que iniciaram a interação com o bebê pelos movimentos, manifestando, assim, sinais da construção do vínculo afetivo: “Tenho criado esse vínculo com a minha filha, quando sinto ela mexer, isso é sinal de saúde, de vitalidade, ela está me passando confiança de que está tudo bem e eu tenho que crer” (G4).

Eu sinto ela como um comprimidinho de força diário que eu tomo, cada vez que ela se mexe eu sinto vida dentro de mim e não morte. Porque por muito tempo eu me sentia um túmulo. E, agora que sinto ela se mexer é uma luta constante, de que sim, ela está aqui, ela está se mexendo, ela está viva... eu sinto felicidade quando a R. se mexe, me permitir que esse sentimento perdure e não a dor da perda interrompa esse sentimento de felicidade. Então, desde terça estou assim, estou me policiando, para tomar posse dessa esperança. (G30)

As gestantes relataram que os esposos também iniciaram a interação com o bebê pelos seus movimentos: “Ontem à noite, o F. (esposo) parecia uma criança que tinha ganhado um brinquedo novo, era ele com a mão na barriga, sentindo o nenê mexer, e eu, para não estragar a alegria dele, eu só agradecia a Deus, por ele estar mexendo bem” (G26).

7.4.4 Processar as experiências anteriores e recuperar o senso de confiança

▪ Recuperando a confiança com o cuidado respeitoso da equipe

Um aumento no monitoramento e acesso a cuidados obstétricos especializados foram solicitados e valorizados pelas participantes do presente estudo. As mulheres sentiam que isso as empoderava e lhes dava uma maior sensação de controle, o que facilitava seu enfrentamento do risco de perda recorrente, conforme descrito pelo relato a seguir:

Muito medo, o tempo todo quero ver se o bebê está bem, fazer US, pra ver se está vivo ou não. A trombofilia não avisa, uma hora você está com o bebê vivo e outra hora não está mais, e você não vai sentir nada, não vai saber. Ele está muito pequeno, só sei através de US, eles acham que tem que tratar como uma gravidez normal, com consultas uma vez no mês, com US daqui a dois, três meses, e eu não posso, pois a qualquer hora pode alterar algum fator, tenho que ficar de olho, e isso está gerando muita ansiedade. (G20)

Assim como demonstrado por outros estudos, as mulheres demonstraram maior utilização da assistência médica e, portanto, custos mais altos, devido às preocupações com o

bebê, do que mulheres sem histórico de perdas perinatais (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Donegan; Noonan; Bradshaw, 2023; Phelan, 2020).

As participantes também evidenciaram que a experiência da perda do bebê “trouxeram muito conhecimento”, não admitindo serem tratadas “como uma gravidez normal” (G22), ressaltaram a necessidade das consultas frequentes, permitindo acompanhar de perto o bem-estar do bebê. Uma delas afirmou o quanto é “[...] importante os médicos que buscam investigar e solucionar o problema. Demonstra atenção” (G26).

Lamentaram que os profissionais de saúde não tenham realizado os mesmos manejos para prevenir a morte do bebê na gestação anterior: “Se o médico tivesse agido da forma que dessa vez agiram, talvez eu tivesse com ele aqui e não tivesse passado por tanta coisa” (G26). A sensação de terem sido “negligenciadas” na gestação da perda do bebê também incita ao comportamento de busca por suportes adicionais para se sentirem mais seguras: “Hoje, me sinto mais segura para conversar com o médico, porque por quatro vezes fui negligenciada por médicos que se diziam especialistas” (G6).

Percebeu-se entre as gestantes do PNP que um dos assuntos que causava angústia e ansiedade era referente ao parto, pois grande parte destas mulheres tinha memórias negativas vinculadas à história obstétrica anterior, marcada por intensa dor, sofrimento e ansiedade no parto da perda do bebê. Uma das participantes demonstrou preocupação se iria “dar conta de um parto com medo”, no entanto, o cuidado sensível e empático transmitidos pela equipe durante a gestação e o parto, gerou segurança emocional, conforme relato a seguir:

Minha médica foi muito flexível e compreensiva... queria fazer um exame, ela me dava requisição, percebeu que eu queria ficar ouvindo os batimentos com mais frequência e por mais tempo... (G27).

Uma das estratégias utilizadas por elas foi relatar o histórico da perda da gestação anterior para a equipe de atendimento na intenção de receber cuidado individualizado e atencioso:

Mas a minha médica, diferente do trauma anterior, foi muito acolhedora. Quando eu entrei na sala de parto, todos os médicos já sabiam da minha história, ela teve esse cuidado de contar antes. Então, foi todo mundo muito respeitoso em relação a isso. O anestesista me falava cada passo que ele ia dar. Na hora de me dar a anestesia, ela ficou comigo, ela segurou minha mão, e quando eles foram tirar o D., o R. (esposu) já estava na sala comigo. (G21)

O envolvimento ativo no cuidado e a tomada de decisão compartilhada são particularmente valorizados e auxiliam a lidar com essas gestações carregadas de ansiedade, aumentando a autoconfiança e os sentimentos de controle. Esses elementos do cuidado também refletem boas práticas no cuidado ao luto, onde deficiências na qualidade foram

identificadas (Wojcieszek *et al.*, 2018).

Outro recurso utilizado no PNP foi a oportunidade para elaborar e refletir sobre o Plano de Parto, com a finalidade de fortalecer a autonomia e autoconfiança das participantes para discutir com a equipe sobre seus direitos, adquirindo consciência da importância de assumir uma postura de protagonista do seu parto e o nascimento do bebê. E, assim, ressignificaram a experiência do parto da gestação anterior:

Ressignificou tudo o que a gente passou do último parto, foi maravilhoso. Foi totalmente diferente, cantou até música no parto, porque pensei que era só no parto natural que a pessoa podia ter essa ambiência. Fiz o plano de parto, mas não deu tempo para imprimir, mas foi tudo do jeitinho que eu coloquei no plano de parto. O tratamento que a gente recebeu no hospital foi tão diferente e isso ressignificou muita coisa. (G23)

Eu não criei muita expectativa. Eu queria que ele viesse no momento que ele quisesse vir. Não foi o parto normal que eu imaginei, mas não tem importância, porque eu não estava presa a isso. Eu estava presa a: ‘quero o meu filho bem, quero ele aqui nos meus braços. (G11)

A gente teve uma cesárea humanizada... Ela permitiu tudo o que a gente queria, de levar nossa playlist de música, de esperar o cordão parar de pulsar pro S. (esposo) cortar. Eles foram muito humanos com a gente, de atenção, de cuidado. Deu tudo certo e eu fico feliz porque o B. está aqui, está bem, a recuperação também foi boa. Eu não criei muita expectativa. Eu queria que ele viesse no momento que ele quisesse vir. Não foi o parto normal que eu imaginei, mas, não tem importância, porque eu não estava presa a isso. Eu estava presa a: quero o meu filho bem, quero ele aqui nos meus braços. Então ele nasceu, já veio direto pro meu colinho, já ficou comigo. Teve tudo da forma que a gente pediu e queria. (G11)

As mulheres também relataram mudanças em suas prioridades após a experiência de uma gestação subsequente à perda. Elas descreveram ter uma perspectiva diferente sobre alguns desafios relacionados aos cuidados no parto e nascimento do seu filho, vendo positivamente situações que poderiam fazer com que a maioria das mães se sintam estressadas, conforme relatos a seguir:

A ótica muda muito diante dos problemas, o que eu passei com o M., de ter que ficar mais um dia, ao invés de vir pra casa, pra mim pouco importa essa diferença, sabe? Pra mim foi tudo certo. ‘Ah, você não vai receber alta hoje.’ Não, ok, sem problemas, vou embora amanhã. Estava em paz, não foi uma questão. Eu só pensava que ele estava vivo, pra mim pouco importava, e o que precisava fazer pro bem-estar dele (G21).

Na hora que a neném nasceu, que eu escutei o choro dela, já deu um alívio, e eu lembro que eles levantaram a cabecinha e disseram “tá vendo aí?” e eu só via cabelo, né, eles nem colocaram para eu ver direito, eu não tive a hora de ouro. Ela nasceu e já levaram ela embora. Não foi bem o que eu esperava, mas, graças a Deus, minha filha tá aqui comigo. (G22)

▪ Depois da tempestade vem o “arco-íris”?

O termo “bebê arco-íris”, até então de origem e autoria desconhecida, tem sido

atribuído ao bebê que nasce depois de seus pais terem vivenciado uma perda perinatal, uma vez que ele simbolizaria a “luz” que vem após uma “tempestade” (Silva; Tachibana, 2022).

No entanto, as participantes evidenciaram que a vivência de um puerpério após perda contradiz a representação social de um bebê “arco-íris”: “Às vezes eu fico me perguntando se era para estar mais feliz do que eu estou. Mas é uma rotina muito louca, então não tem nem muito tempo para pensar nas coisas” (G13). Outros estudos reforçam que o repertório de sentimentos conflitantes e ambivalentes, apresentados durante a gestação, são prevalentes na experiência de tornar-se mãe de um bebê vivo após a perda (Cacciatore; Frøen; Killian, 2013).

Algumas mulheres relataram vivenciar emoções ambivalentes ao se deparar com a vulnerabilidade física e emocional do puerpério e com a demanda de um bebê frágil e dependente, além disso, evidenciaram que o nascimento do bebê não elimina a possibilidade de sentir saudades do bebê que perdeu. E, que o bebê tem seu espaço insubstituível em sua família: “[...]o vínculo com ele nunca vai se romper. É muito difícil explicar para as pessoas que não é porque tem um bebê aqui que deixou de existir os outros filhos, eles são parte de nós” (G7).

Nos primeiros dias, eu chorava muito, mas era um choro de não acreditar, de gratidão mesmo, sabe? Eu chorei muito de “nossa, deu tudo certo”, pensei no M. (bebê anjinho) e sofri um pouco mais, porque ele poderia estar aqui, eu poderia ter vivido essas coisas todas com o M., então, chorei nesse sentido. Mas, a maior parte das vezes é ver o D., é chorar, chorar de não acreditar, chorar de culpa, de emoção. Dia nove vai fazer três anos que eu perdi o M. É aquela coisa que a gente fala da culpa, agora que eu tenho o D. parece que vou deixar ele de lado. Muitos sentimentos. (G21)

As participantes demonstraram que sempre lembram do bebê que perderam nos diferentes momentos da rotina do novo bebê: “Pra mim, ter um filho aqui deixa mais evidente a falta que ele faz, porque a gente imagina como seria ter vivido com ele tudo o que eu estou vivendo hoje e também como seria se ele estivesse aqui” (G22).

Evidenciaram que os sentimentos de medo de perder o bebê ainda são prevalentes: “o medo que a gente carrega durante a gestação, ele não passa. Eu estou com aquele medo constante de perder ele a qualquer momento, igual eu perdi o M” (G21). “Acho que toda mãe passa por isso, né, de achar que não está fazendo certo, que poderia ser melhor, de dar um medinho, será que vai dar certo, não vai, de acordar pra ver se tá respirando” (G11).

O comportamento de hipervigilância evidenciado pelas mães durante a gestação subsequente, se aproxima do que foi descrito como “Síndrome da criança vulnerável”, um processo de comportamento de superproteção e hipervigilância em relação à saúde e à segurança das crianças nascidas após a perda (Vidal, 2010).

Winnicott (2000) denominou de “mãe suficientemente boa” quando, no período do puerpério, a mãe torna-se excessivamente preocupada e sua atenção é essencialmente voltada para o bebê, renunciando de bom grado a si mesma em nome da criança. Esse autor preconizava que essa renúncia e a “preocupação psicótica”, que implicam sofrimento materno, são absolutamente necessárias. Winnicott (2002) acredita que as mães que se recusarem a vivenciar esta renúncia temporária de si que a maternidade impõe entram em depressão, talvez porque esta renúncia lhes pareça eterna, ou porque relutam em entrar em contato com a maternidade real (Arrais, 2005).

A participante a seguir retrata a preocupação em estar sendo uma “mãe suficientemente boa” para o seu filho subsequente à perda, processo que ocorre também no pai que está envolvido:

Esse puerpério é bem engraçado, na primeira semana, eu falava assim: ‘eu sou a pior mãe do mundo’ de manhã, aí de tarde eu acertava alguma coisa e falava, “não, eu sou a melhor mãe do mundo”. Aí, daqui a pouco eu já chorava: tô fazendo tudo errado, eu não tô sabendo cuidar do meu filho. Aí, o S. (esposo) chorava do outro lado: eu não cuidei da minha outra filha desse jeito. Eu falei: olha, a gente aqui em casa, eu e você, a gente tá só chorando, né? Pensei: como é que os hormônios até nele ficaram alterados? (G11)

Corroborando com alguns estudos, as mulheres relataram a vivência de um dilema. Ao mesmo tempo em que há o desejo de ter um filho vivo e nele investir seu afeto, é comum a mulher sentir-se culpada por não permanecer unida ao bebê falecido, como se estivesse traindo-o (Oishi, 2014; Rodrigues, 2009; Silva; Tachibana, 2022).

Ah, eu não quero falar...eu sei que não é a palavra certa, mas eu acho que eu estou “superando” a perda do D.(choro), vem aquela culpa de estar esquecendo dele, porque nem todos os dias eu penso nele, então o fato de “virar a página”, e “superar” a perda dele, isso mexe comigo, não lembrar dele todos os dias, como eu lembrava antes, fazia dias que eu não chorava por causa dele. O fato de não chorar mais, não falar nele, ou de falar dele sem tristeza, de ter engravidado, ter a R. em vida, dedicação a ela, tudo ao mesmo tempo, junta tudo...Será que realmente eu estou virando a página? (G30)

No momento da sessão, a participante G30 estava com sua bebê no colo e conforme minhas orientações, comunicou a ela que estava chorando. E, uma cena linda foi possível contemplar: “[...] filha, a mamãe está chorando... oh, fez beicinho”. A última frase dela: “Não é o luto que diminuiu, não é a dor que diminuiu e sim as coisas ao redor dele que aumentaram”, remetendo ao modelo de Lois Tonkin que se refere a “crescer em torno de sua dor”. A ideia é que sua dor permaneça intacta e que sua vida cresça em torno dela⁹

Embora as participantes tenham evidenciado sentimentos ambivalentes,

⁹ Livro de apoio ao luto. www.sands.org.uk.

expressaram a alegria da chegada do novo bebê, vivenciando a intensidade de todos os sentimentos de uma forma expandida:

Mas, apesar de tudo, estou feliz. Aumentou o coração para abraçar, acolher, viver o que não pude viver anteriormente, apesar de estar com muito medo, crises de ansiedade, me sinto como se eu estou expandida. Parece uma bola de neve. (G14)

O relato a seguir é de uma participante que enfrentou o desafio para aceitar sua condição gestacional, apresentando contundentes mecanismos de autoproteção como a negação da gestação e o “amortecimento emocional”, e ao final revela:

Penso que sou um lar para o meu bebê e esse lar tem que ser produtivo, tem que ser cuidado e regado todos os dias com muito amor e carinho. Ele depende do meu corpo, eu tenho que ser um lar lindo para o meu bebê. Um lar colorido como ele é, um arco-íris. (G15)

Winnicott (1994) ressaltou a importância dos profissionais de saúde, principalmente da área de Obstetrícia, constituírem um ambiente suficientemente bom para que as mães pudessem fazer o mesmo com seus bebês.

▪ Reconhecimento da Autoconfiança e maturidade

Sentimentos positivos emergiram, trazendo novos significados para a vivência da gestação após a perda. Algumas mulheres atribuíram suas experiências ao seu autoconhecimento e aquisição de maturidade para um cuidado maior com a sua saúde:

Uma coisa que, por mais bobo que pareça, é ter o amadurecimento de não comer o que você quer e fazer exercício todo dia, isso traz uma força que você fala: ‘não acredito que eu consegui isso’, até me emociono, porque não é fácil... isso trouxe um amadurecimento, de fazer o que tem que ser feito...foi um aprendizado para sempre. (G8)

Em consonância com outros estudos (Phelan, 2020), as mulheres relataram ter experimentado um efeito transformador, um crescimento positivo e nova força. Mudanças em suas prioridades também foram relatadas:

Hoje as coisas são diferentes, a experiência toda que eu tive, ela foi muito grande para minha vida, de amadurecimento, de olhar diferente para a vida. Fico feliz de ver o quão preparada hoje eu estou com relação à gestação. E isso é muito importante para mim. (G13)

Essas coisas que eram prioridades para mim passaram a não ser. Hoje em dia, não são tão interessantes como eram antigamente, perdeu o brilho, a graça, o foco, toda energia que eu desperdiçava, hoje já não são mais minhas prioridades. (G20)

▪ Percepções das participantes sobre o Grupo PNP

O PNP forneceu um lugar seguro onde as mulheres se sentiam compreendidas e

acolhidas em suas gestações. A percepção evoluiu para a ideia de que um novo bebê não requer apagar as memórias e amor pelo outro bebê.

Oportunidade para falar do bebê anjinho: ao compartilhar suas histórias, as mulheres perceberam que não estavam sozinhas em suas dificuldades de lidar com a perda do bebê e a nova gestação. Reconhecer suas experiências comuns ajudou a validar seus sentimentos.

São poucas as pessoas que conseguem ouvir sobre nossos filhos com amor. E fazem aquela cara de espanto, de não querer falar sobre isso, um assunto velado, proibido, e a gente que é mãe, a gente quer falar sobre nosso filho. A gente está falando de amor, falando sobre vida. E ter esse espaço aqui no grupo foi muito importante, porque me enche o coração de alegria falar da nossa F. É lindo falar dela, então ouvir outras histórias, conhecer outros bebês anjinhos para mim foi muito importante. Muito bom saber que todo mundo está vibrando e torcendo uma pela outra. (G11)

Elaboração do luto: muitas participantes relataram que estavam vivenciando o luto pelos seus bebês e o conflito de ter que se adaptar à nova gestação. Então, relataram ter aprendido que é saudável lembrar, reconhecer e incluir seus bebês anjinhos em suas vidas, ao invés de negar sua existência.

Desde que eu entrei nesse grupo, virou uma chavinha em mim, e a gente está aqui planejando o chá do bebê, estamos organizando as coisas juntos, agora começamos a mexer no quarto. A gente está conseguindo aproveitar, porque no começo foi muito difícil para nós dois. A gente não estava conseguindo lidar com o sentimento do luto, mais o sentimento de alegria de uma nova criança chegar. É muito conflitante esses sentimentos. E, agora, a gente está se permitindo viver a chegada da B. com amor e alegria, sempre pensando no nosso primeiro filho, ele está presente em tudo. Essa semana teve uma caminhada sobre a síndrome dele, nós estivemos lá, foi muito emocionante para nós dois. A gente pôde ver algumas crianças com a mesma síndrome. Foi forte, mas foi muito emocionante, porque foram pessoas que nos acolheram quando tivemos o diagnóstico, e a gente se sente parte, porque nosso filho existiu, ele faz parte disso, ele é o irmãozinho mais velho da B., ele é o nosso anjinho. E, hoje, posso dizer que estamos curtindo a gravidez como deve ser, demoramos para chegar nesse ponto, mas chegamos. Temos mais algumas semanas para curtir mais ainda. (G4)

Auxílio na compreensão dos sentimentos ambivalentes e fortalecimento da autonomia e autoconfiança: sentimentos ambivalentes foram compartilhados pelas mulheres, novas habilidades de enfrentamento foram apreendidas e orientações antecipatórias foram disponibilizadas para lidar com as incertezas.

Quando eu resolvi entrar nesse grupo, eu estava sem terapia. Eu achei que estava forte, e ouvindo cada uma de vocês, eu fui percebendo essas fragilidades e insegurança. Eu não conseguia fazer pequenas comemorações ao longo dessa nova gestação, eu não me permitia. Eu tinha medo de compartilhar pensando: vai se repetir a história. Então, esse grupo tem um valor imensurável para nós. (G3)

Espaço para expressar livremente os sentimentos: o PNP utilizou a abordagem que enfatiza a profundidade na pesquisa, respeitando a sabedoria e a experiência das participantes,

fortalecendo sua autonomia e dando voz às suas experiências.

Por mais que eles orientem a gente como profissional de saúde, para eles é mais um caso difícil. A gente veste uma capa justamente para as pessoas não acessar a nossa dor, e aqui eu não preciso de capa, posso dizer o que me faz chorar, meus medos, medo de ficar feliz. Se falar para alguém de fora, já julgam. (G7)

Acolhimento e empatia do grupo: as participantes do grupo desenvolveram o senso de confiança mútua e compaixão que levou a um comprometimento com o grupo, permitiu o compartilhar de seus medos e triunfos e o desejo de ajudar umas às outras.

Eu, pelo menos, me sentia sozinha no mundo. Parecia que era uma dor que ninguém nunca ia entender. E, por mais que minha dor seja diferente de cada uma, que parecia algo muito distante, a hora que a gente ia conversando e você pedia para falar alguma coisa e alguém citava, eu pensava: nossa, é exatamente isso! Cada uma é diferente, mas, ao mesmo tempo, como essa identificação fortalece a gente. (G7)

O grupo foi essencial para a caminhada ficar mais leve, eu fui ouvindo as meninas e, em vez de desespero, o grupo foi mostrando força e a gente foi se integrando. Acho que a troca nesse trabalho foi muito edificante, eu não me sinto sozinha. E o apoio aqui foi muito grande, e eu sei que vai continuar, daqui a pouco vamos conhecer os rostinhos, e assim vamos indo. (G6)

A primeira coisa que senti no grupo foi o acolhimento, saber que não estou sozinha, tinha muito medo, todo exame que fazia ficava muito nervosa. Quando eu cheguei no grupo, percebi que não era só eu que sentia medo. O que me ajudou muito foi ouvir a história de vocês e focar minha energia nos meus propósitos e não no medo. (G14)

Orientações necessárias: o PNP também forneceu um espaço de conhecimento, aprendizado e troca de experiências. As participantes, além de receber orientações para o desenvolvimento de novas habilidades para lidar com diferentes situações, compartilharam conhecimentos.

As informações foram muito importantes. Eu fui visitar uma mãe que teve uma bebezinha, já repassei algumas informações que a gente ouviu na semana passada. Muito bom quando a gente sente multiplicando.... É muito amor. E, cada dia que passa, eu me sinto mais confiante. Me sinto bem mais calma em relação à gestação. (G6)

A participante a seguir iniciou o grupo em repouso absoluto. Ela relata que teve melhoras significativas do seu quadro gestacional, tanto nos aspectos emocionais quanto fisiológicos, percebidas pela profissional que acompanhava seu pré-natal:

Meninas, vocês não têm noção da força que vocês me deram. A semana que começou o grupo, acho que foi uma das que eu estava mais em pânico, porque apesar de ter 26 semanas, eu estava sentindo muitas contrações, muitas dores. Eu ficava “vai nascer, não tem outro jeito, vai nascer”. E, realmente, dividir isso, me fez ficar essa pessoa que vocês estão vendo, mais alegre, mais leve, mais tranquila. Eu consigo ver perfeitamente a G7 que começou o grupo e a G7 de hoje. Foi uma escolha, aprender a confiar e viver cada momento. A gente não sabe a resposta, mas sabemos que nesse momento a gente tem a oportunidade de viver essa gestação, e

foi uma escolha ser mais leve, que eu assumi muito depois de dividir isso com vocês, hoje eu tive consulta e a médica disse que percebeu diferença em mim, eu contei para ela do grupo. Ela achou um máximo. E a sua condução com as informações, bastante coisa que fez mesmo com que a gente desvirtuasse uma gestação da outra, claro que os medos ainda batem, mas muito menores agora. (G7)

“O Grupo foi um “Arco-íris” na minha vida:

Comecei no grupo, eu não esperava muita coisa, não vou mentir. E, sabe quando é um arco-íris na sua vida? O grupo foi um arco-íris na minha vida. Sabermos que a dor que a gente passou, o vazio que a gente sentiu, o choro que a gente segurou, e passar por tudo sozinha. A gente tem o conhecimento que outras pessoas passaram, mas, quando a gente conversa e entra na casa da outra pessoa que passou também, se torna sua família. Sente uma empatia tão grande que parece que o amor que estava guardado está transbordando para outras que estão sentindo a mesma dor que você. O encerramento do grupo gera insegurança, mas, como a gente conversou nos outros encontros, que possamos fazer o nosso papel de mãe da melhor maneira possível. Foi incrível, foi espetacular, coloriu meu mundo, é o meu arco-íris esse grupo. O momento mais difícil quando eu achava que eu não me sentia grávida, e você ajudou a gente a passar por todos os medos que a gente estava sentindo. Cada semana foi muito importante. (G15)

A participante a seguir relata a importância do PNP e expressou não saber como sobreviveria sem ele:

Eu não sei o que teria sido da minha gestação, do nascimento da R. sem os nossos atendimentos, a forma que você conduziu e a gente conseguiu elaborar as sessões, os exercícios, contribuíram demais. O pós-nascimento da R., muitas vezes eu pensava em ti, no que a gente tinha conversado, de que forma eu tinha elaborado aquele sentimento, eu ficava puxando na minha memória. Eu canto muito a música “Esperança”, porque ela é a nossa esperança, a gestação dela foi a nossa esperança, não sei de que forma eu teria enfrentado tudo isso sem os atendimentos contigo. Todos os temas foram de extrema importância para a elaboração desta nova vivência. Desde a estruturação do luto e nova gestação, até lidar com culpas e sentimentos de felicidade e esperança, sem esquecer do meu amado filho que já partiu. A questão do tema “vínculo com o bebê” mexeu demais comigo, principalmente pelo fato de poder compreender que eu posso (e devo!) permitir me sentir feliz, sem a culpa de estar substituindo meu filho. Durante todas as sessões, a Marley trouxe questões significativas que me ajudaram (e muito) a transformar sentimentos, ressignificando momentos de muita dor e sofrimento, sem deixar de sentir, acolhendo minhas emoções e me permitindo ser feliz novamente. (G30)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu o conhecimento sobre os fatores envolvidos na gestação subsequente às perdas perinatais e evidenciou a alta associação aos sintomas psicológicos negativos e fator de risco significativo para depressão e complicação do luto perinatal. Constatou que as interações insensíveis da equipe e as políticas hospitalares, podem incitar sintomas de trauma duradouros com efeitos contínuos nas relações interpessoais, podendo se estender para gestações subsequentes e na parentalidade.

Além disso, a falta de elaboração do luto pelo bebê perdido impacta na gestação subsequente, e está subjacente à ativação de emoções dolorosas durante a gravidez, comprometendo o desenvolvimento do apego materno ao bebê subsequente e a autoconfiança na capacidade de manter uma gravidez bem-sucedida.

Corroborando com outros estudos, evidenciou que o risco aumentado de problemas de saúde mental pode impactar negativamente no resultado da gravidez e no desenvolvimento fetal, pois o estresse materno aumenta o risco de desfechos adversos, como a prematuridade, altamente significativo neste estudo.

Nesse sentido, a intervenção Pré-natal Psicológico para gestantes pós-perdas (PNP) atuou de forma positiva na prevenção desses desajustes. Mesmo com a presença dos fatores de risco durante a gestação, as sessões desenvolvidas pelo PNP revelaram temas consistentes e evidenciaram a importância do apoio psicológico especializado, considerando o modo singular de vivenciar “a nova gestação” após a perda perinatal. Sendo uma importante intervenção psicoprofilática, na medida em que proporciona um espaço de escuta emocional, permitindo a livre expressão de seus temores e ansiedades. É sob esse aspecto que se aprofunda seu valor terapêutico, pelo manejo de sentimentos específicos e a utilização de estratégias para o reconhecimento precoce dos sintomas e o tratamento dos distúrbios do humor perinatal, impactando positivamente na gravidez, no desenvolvimento fetal e na parentalidade.

8.1 Recomendações ao Sistema Único de Saúde (SUS):

Nossas descobertas sugerem a implantação da **Linha de Cuidado para gestantes após perdas perinatais**, que incluam os seguintes cuidados nos diferentes níveis de atenção do SUS:

- Uma vez que a gravidez é diagnosticada, o cuidado pré-natal deve avaliar o histórico obstétrico para identificar a ocorrência de perda perinatal ou outras complicações, como um preditor do risco e como possível marcador para intervenção.
- Os profissionais de saúde devem reconhecer e validar as perdas perinatais anteriores e obter uma compreensão do profundo impacto psicossocial em uma gravidez subsequente.
- A equipe deve se envolver em Educação Permanente para a compreensão dos fatores envolvidos no luto perinatal e na gestação pós-perda perinatal, garantindo competência clínica e sensibilidade emocional.
- Realizar escuta qualificada sobre a história da perda, o significado para os pais e os impactos na gravidez atual.
- Elaborar um plano de cuidados pré-natais, intraparto e pós-natais especializados.
- Garantir Pré-natal na Atenção Especializada, pois a história obstétrica de perdas perinatais pode apresentar risco aumentado do mesmo evento nas gravidezes subsequentes.
- Avaliar a qualidade da Rede de apoio social (familiares, amigos), fonte significativa para a saúde física e emocional da gestante.
- Reconhecer marcos ou pontos críticos na gravidez e a necessidade de consultas especializadas mais longas nesses momentos para permitir uma discussão aberta de emoções e preocupações.
- Sinalizar os prontuários para lembrar os profissionais de saúde sobre a necessidade de uma visita ou telefonema durante os períodos cruciais.
- Programar consultas pré-natais de rotina mais frequentes e exames adicionais, incluindo consultas domiciliares.
- Obter conhecimentos sobre os possíveis problemas de saúde mental que podem ser vivenciados em uma gravidez subsequente e oferecer avaliações para essas dificuldades e apoio especializado quando necessário.
- Oferecer comunicação clara e empática sobre os achados físicos do estágio da gravidez de forma positiva em cada consulta pré-natal.
- Promover Grupos de apoio para os pais que vivenciam uma gravidez subsequente a perda perinatal.
- Comportamentos empáticos durante cada encontro com a gestante, são essenciais para minimizar cargas emocionais e psicológicas adicionais a curto, médio e longo prazo.
- Disponibilizar consultas de Aconselhamento Genético pré-natais com a finalidade de possibilitar informações sobre o risco potencial ou diagnóstico de uma anormalidade fetal.

- Garantir o que a Lei Federal n ° 14.721, de 2023, preconiza: 1) Gestantes, parturientes e puérperas devem ser encaminhadas para atendimento psicológico de acordo com a avaliação médica. 2) Estabelecimentos de saúde públicos e privados devem desenvolver atividades de conscientização sobre a saúde mental da mulher durante a gravidez e o puerpério.
- Diante da alta incidência de DPP na gestação pós-perda, sugere-se que os profissionais da APS e atenção especializada adquiram conhecimentos sobre os fatores de risco e proteção para intervir de forma precoce e preventiva no rastreamento dos sintomas de depressão perinatal e outros desajustes psíquicos e elaboração do plano terapêutico junto a equipe de Matriciamento da Rede Psicossocial (SUS).
- Diante da comprovada a eficácia do Pré-natal Psicológico para gestação pós-perdas, na redução dos resultados adversos na gravidez e no desenvolvimento fetal, recomenda-se sua implantação no âmbito do SUS.

Esses elementos do cuidado refletem melhorias ao bem-estar emocional em gestações subsequentes e ajudam a lidar com essas gestações carregadas de ansiedade, aumentando a autoconfiança. Esses cuidados, quando disponibilizados, podem auxiliar não apenas a mulher, mas também a própria criança, que se beneficia indiretamente das intervenções dedicadas à sua mãe.

8.2 Conclusão

A gestação subsequente à perda perinatal é, portanto, muito mais do que uma condição clínica; suas consequências são mais profundas e transformadoras, e o fornecimento de cuidados de suporte deve ser integral, enfatizando aspectos psicológicos, além do manejo obstétrico. Os profissionais de saúde precisam estar cientes do possível impacto sobre a saúde mental parental e responder com sensibilidade a estas necessidades, reduzindo os efeitos adversos nos meses após a perda e durante o curso de futuras gestações.

Os resultados sugerem que a intervenção PNP desenvolvida neste estudo para gestação pós-perda atuou de forma positiva proporcionando estratégias para o reconhecimento precoce dos sintomas e o tratamento dos distúrbios do humor perinatal, impactando positivamente na gravidez, no desenvolvimento fetal e na parentalidade.

8.3 Pontos fortes e limitações do estudo

- O estudo de Método Misto permitiu a amplitude e compreensão aprofundada do fenômeno em estudo.

- O estudo qualitativo preencheu uma lacuna na literatura, fornecendo dados novos e detalhados sobre a vivência da gestação subsequente à perda por aborto, natimorto e morte neonatal.
- A intervenção conduzida pela pesquisadora, especialista da área de psicologia, beneficiou o alcance dos resultados.
- Embora algumas informações tenham sido reveladas sobre os profissionais de saúde e outros cuidadores, isso foi abordado a partir da perspectiva da mãe, e a perspectiva dos profissionais não foi ativamente buscada.
- Este estudo destaca a necessidade de maiores evidências de resultados sobre as experiências dos parceiros e de outros membros da família com a gravidez subsequente para complementar a compreensão sobre os aspectos do cuidado.
- Entendemos, contudo, ainda, que a mãe e o bebê subsequente demandam se sentir emocionalmente sustentados não apenas no puerpério imediato, fazendo-se necessário um olhar atento sobre essa díade também ao longo dos primeiros anos de vida da criança.
- Como a pesquisa obteve abrangência nacional, serão necessários estudos que possam analisar as dificuldades e fatores envolvidos na gestação subsequente às perdas perinatais de forma regionalizada.
- Bem como, serão necessárias futuras pesquisas que possam contribuir para a compreensão da etiologia da perda gestacional e fatores modificáveis passíveis de intervenções para mitigar a perda, como no caso do estresse.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, H. C; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos Clínicos**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 264-281, 2016.
- ALBUQUERQUE, S. *et al.* Interactive processes in grief and couples' adjustment after the death of a child. **Journal of Family Issues**, Estados Unidos, v. 40, n. 5, p. 689–708, 2019.
- ALVES, R. **Ostra feliz não faz pérolas**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2008.
- AMARAL, A. C. **Descubra o que é puerpério**. São Paulo: Instituto Aripe de Psicologia, 2016. Disponível em: <https://aripe.com.br/descubra-o-que-e-puerperio/>. Acesso em: 25 out. 2024.
- AMTHAUER, C. Vivências e impressões de profissionais de saúde acerca de possíveis causas de uma perda fetal. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 11, supl. 1, p. 334-340, 2017.
- ARMSTRONG, D. S. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 34, n. 4, p. 339–345, 2002.
- ARMSTRONG, D. S.; HUTTI, M. H.; MYERS, J. The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN**, Estados Unidos, v. 38, n. 6, p. 654–666, 2009.
- ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto**: para além da padronização patologizante. 2005. 158 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, DF, 2005.
- ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. **Pré-natal psicológico**: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2016.
- ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251–264, 2014.
- BARBOSA, A. Luto. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (org.) **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p. 485-510.
- BARBOSA, A. S. S. F.; BOBATO, J. A. C.; MARIUTTI, M. G. Representações de profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 44–58, 2012.
- BARTILOTTI, M. R. M. B. Intervenção psicológica em luto perinatal. In: BORTOLETTI, F. F. (org.). **Psicologia na prática obstétrica**: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2007.
- BASS, P.; BAUER, N. Parental postpartum depression: more than “baby blues”.

Contemporary Pediatrics, Estados Unidos, v. 35, n. 9, 2018.

BAILEY, S. L. *et al.* Hope for the best ...but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. **BMJ Open**, Inglaterra, v. 9, n. 5, p. e029354, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Luto prolongado é um transtorno mental, segundo a Organização Mundial da Saúde**. Brasília, DF: 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/luto-prolongado-e-um-transtorno-mental-segundo-a-organizacao-mundial-da-saude>. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023**. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Brasília, DF: Casa Civil, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm. Acesso em: 26 out. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <https://wp-sites.info.ufrn.br/admin/wp-content/uploads/sites/4/2020/07/RESOLU%C3%87%C3%95ES-466-12-510-16-e-580-18.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde das mães e crianças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BLACKMORE, E. R. *et al.* Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. **The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, Inglaterra, v. 198, n. 5, p. 373–378, 2011.

BOWLBY, J. **Attachment and loss: loss sadness and depression**. Nova York: Basic Books, 1980. Volume 3.

BOURNE, S.; LEWIS, E. Pregnancy after stillbirth or neonatal death. Psychological risks and management. **Lancet**, Inglaterra, v. 2, n. 8393, p. 31–33, 1984.

BRAUN, V. *et al.* Análise temática. In: LIAMPUTTONG, P. (ed.). **Handbook of research methods in health social sciences**. Singapura: Springer, 2019. p. 843-860.

BURDEN, C. *et al.* From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 16, n. 1, p. 9, 2016.

CACCIATORE, J.; DEFRAIN, J.; JONES, K. L. C. When a baby dies: ambiguity and stillbirth. **Marriage & Family Review**, Reino Unido, v. 44, n. 4, p. 439–454, 2008.

CACCIATORE, J. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. **Social Work in Health Care**, Estados Unidos, v. 49, n. 2, p. 134–148, 2010.

CACCIATORE, J.; FRØEN, J.; KILLIAN, M. Condemning self, condemning other: blame and mental health in women suffering stillbirth. **Journal of Mental Health Counseling**, Estados Unidos, v. 35, n. 4, p. 342–359, 2013.

CALLISTER, L. C. Perinatal loss: a family perspective. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Estados Unidos, v. 20, n. 3, p. 227–34, 2006.

CAMPBELL-JACKSON, L.; BEZANCE, J.; HORSCH, A. “A renewed sense of purpose”: mothers’ and fathers’ experience of having a child following a recent stillbirth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 14, n. 1, 2014.

CÔTÉ-ARSENAULT, D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. **Nursing Research**, Estados Unidos, v. 56, n. 2, p. 108–116, 2007.

CÔTÉ-ARSENAULT, D.; DONATO, K. Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, Inglaterra, v. 29, n. 1, p. 81–92, 2011.

COX, J.; HOLDEN, J. **Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**. Londres: Royal College of Psychiatrists, Gaskell, 2003.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUMMINGS, S. R. *et al.* Delineando um ensaio clínico randomizado cego. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DONEGAN, G.; NOONAN, M.; BRADSHAW, C. Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: an integrative review. **Midwifery**, Escócia, v. 121, p. 103673, 2023.

DYER, E. *et al.* Pregnancy decisions after fetal or perinatal death: systematic review of qualitative research. **BMJ Open**, Inglaterra, v. 9, n. 12, p. e029930, 2019.

DYREGROV, A.; GJESTAD, R.; DYREGROV, K. Parental relationships following the loss of a child. **Journal of Loss & Trauma**, Estados Unidos, v. 25, n. 3, p. 224–244, 2020.

ELLIS, A. *et al.* Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents’ and healthcare professionals’ experiences. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 16, p. 16, 2016.

ENTRINGER, S.; BUSS, C.; WADHWA, P. D. Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective-2015 Curt Richter Award Paper. **Psychoneuroendocrinology**, Inglaterra, v. 62, p. 366–375, 2015.

FARIA-SCHUTZER, D. B. *et al.* Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 113-132, 2014.

FARRALES, L. L. *et al.* What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. **BMC Psychology**, Inglaterra, v. 8, n. 1, p. 18, 2020.

FERNÁNDEZ-ORDOÑEZ, E. *et al.* Perinatal grief and post-traumatic stress disorder in pregnancy after perinatal loss: a longitudinal study protocol. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Suíça, v. 18, n. 6, 2021.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Luto e melancolia In: FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos: obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 275-291.

FRØEN, J. F. *et al.* Stillbirths: why they matter. **Lancet**, Inglaterra, v. 377, n. 9774, p. 1353–1366, 2011.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GRAVENSTEEN, I. K. *et al.* Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 18, n. 1, p. 41, 2018.

HALASI, F. S. 2018. **A mulher brasileira contemporânea e a maternidade da culpa**. Dissertação (Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

HEAZELL, A. E. P. *et al.* Stillbirths: economic and psychosocial consequences. **Lancet**, Inglaterra, v. 387, n. 10018, p. 604–616, 2016.

HUGHES, P. *et al.* Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, Reino Unido, v. 42, n. 6, p. 791–801, 2001.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, dez. 2007.

JONES, K. *et al.* New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: a scoping review. **Midwifery**, Escócia, v. 79, p. 102531, 2019.

KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, Inglaterra, v. 14, n. 2, p. 187–194, 2012.

KORNBLUH, M. Combatting challenges to establishing trustworthiness in qualitative research. **Qualitative Research in Psychology**, Estados Unidos, v. 12, n. 4, p. 397–414, 2015.

KROB, A. D.; PICCININI, C. A.; SILVA, M. R. A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 269–291, 2009.

KROSCH, D. J.; SHAKESPEARE-FINCH, J. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. **Psychological Trauma: theory, research, practice and policy**, Estados Unidos, v. 9, n. 4, p. 425–433, 2017.

LAGUNA, T. F. S. *et al.* O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 6, p. e5210615347, 2021.

LAMB, E. H. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. **The Journal of Perinatal Education**, Estados Unidos, v. 11, n. 2, p. 33–40, 2002.

LEBEL, C. *et al.* Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. **Journal of Affective Disorders**, Holanda, v. 277, p. 5–13, 2020.

LEBOYER, F. **Shantala massagem para bebês: uma arte tradicional**. Tradução de Luiz Roberto Benati e Maria Silva Cintra Martins. 6. ed. São Paulo: Ground, 1995.

LEE, L.; MCKENZIE-MCHARG, K.; HORSCH, A. Women's decision making and experience of subsequent pregnancy following stillbirth. **Journal of Midwifery & Women's Health**, Estados Unidos, v. 58, n. 4, p. 431–439, 2013.

LEONEL, F. **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>. Acesso em: 25 out. 2024.

LETRA.COM. **Sou você**. Disponível em: https://www.letras.mus.br/caetano-veloso/586896/#google_vignette. Acesso em: 25 out. 2024.

LETRA.COM. **Por que eu sei que é amor**. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/titas/1491627/>. Acesso em: 25 out. 2024.

LUZ, R. **O luto é outra palavra para falar de amor**. São Paulo: Editora Ágora, 2021.

LUZ, R. **O luto é outra palavra para falar de amor**. [Curso presencial]. Fortaleza: 2022.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MARTINS, C. A. Transição para a parentalidade: uma revisão sistemática da literatura. In: BARBIERI, M. C. *et al.* (ed.). **Da investigação à prática de enfermagem de família**. Porto Alegre: Escola Superior de Enfermagem do Porto ESEP, 2009.

MARTINS, M. C. F. **Demoras na assistência obstétrica de gestantes com desfecho de óbito fetal (ante ou intraparto): estudo de caso-controle**. 2018. Dissertação (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/31133>. Acesso em: 25 out. 2024.

MEANEY, S. *et al.* Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. **Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy**, Inglaterra, v. 20, n. 4, p. 555–562, 2017.

MEREDITH, P. *et al.* “Not just a normal mum”: a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 17, n. 1, 2017.

MILLS, T. A. *et al.* Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology**, Inglaterra, v. 121, n. 8, p. 943–950, 2014.

MILLS, T. A. *et al.* Better maternity care pathways in pregnancies after stillbirth or neonatal death: a feasibility study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 22, n. 1, p. 634, 2022.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 407.

MURPHY F; MERRELL J. Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. **Journal of Clinical Nursing**, Inglaterra, v. 18, p. 1583–1591, 2009.

MURPHY, S.; THOMAS, H. Stillbirth and loss: family practices and display. **Sociological Research Online**, Reino Unido, v. 18, n. 1, p. 27–37, 2013.

MUZA, J. C. *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia - Teoria e Prática**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 34–48, 2013.

NOBREGA, A. A. *et al.* Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. e00003121, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PbGVP7GjGKDYLG9q46KdZnP/>. Acesso em: 02 nov. 2024.

OISHI, K. L. O jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 5–11, 2014.

O'LEARY, J. Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. **Archives of Women's Mental Health**, Áustria, v. 7, n. 1, p. 7–18, 2004.

PARIS, G. F.; MONTIGNY, F.; PELLOSO, S. M. Cross-cultural adaptation and validation evidence of the Perinatal Grief Scale. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2017.

PARIS, G. F.; MONTIGNY, F.; PELLOSO, S. M. Equivalência da escala de luto perinatal para escala de luto parental após a perda de um filho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 21, 2022.

PERSSON, M. *et al.* Care and support when a baby is stillborn: a systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries. **PloS One**, Estados Unidos, v. 18, n. 8, p. e0289617, 2023.

PHELAN, L. Experiences of pregnancy following stillbirth: a phenomenological inquiry. **Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy**, Ottawa, v. 54, n. 2, p. 150–171, 2020.

PRIGERSON, H. G. *et al.* Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. **PLoS Medicine**, Estados Unidos, v. 6, n. 8, p. e1000121, 2009.

POLLOCK, D. *et al.* Understanding stillbirth stigma: A scoping literature review. **Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives**, Holanda, v. 33, n. 3, p. 207–218, 2020.

QIAN, J. L. *et al.* Effectiveness of the implementation of a perinatal bereavement care training programme on nurses and midwives: protocol for a mixed-method study. **BMJ Open**, Inglaterra, v. 12, n. 8, p. e059660, 2022.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: SIMSON, O. R. M. V. (org.). **Experimentos com histórias de vida**: Itália-Brasil. São Pedro: Vértice, 1988.

RANDO, T. A. A perspective on loss, grief and mourning. In: RANDO, T. A. (ed.). **Contact with the baby**: illness, crisis e loss. Nova York: Sage, 2012. p. 295-298.

RICHARDS, J. *et al.* Mothers’ perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 15, p. 143, 2015.

RODRIGUES, A. S. N. 2009. **Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal numa gravidez seguinte**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2137/1/22258_ulfp034842_tm.pdf. Acesso em: 25 out. 2024.

ROUSSEAU, J. J. **Emílio, ou da educação**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 24.

RUBIN, R. **Maternal identity and the maternal experience**. New York: Springe, 1984.

SAMPAIO NETO, L.F. S.; ALVARES, L. B. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 15, n. 1, p. 180-183, 2013.

SANDS. **Sands livro de apoio ao luto**. Reino Unido: Sands, 2019. Disponível em: <https://www.sands.org.uk/sites/default/files/Sands%20Bereavement%20Book%20-%20Portuguese.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

SANTOS, C. S. *et al.* Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 277-284, 2012.

SCHLIEP, K. C. *et al.* Prospectively assessed perceived stress associated with early pregnancy losses among women with history of pregnancy loss. **Human reproduction**, Inglaterra, v. 37, n. 10, p. 2264–2274, 2022.

SHAKESPEARE, C. *et al.* Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, Inglaterra, v. 126, n. 1, p. 12–21, 2019.

SIASSAKOS, D. *et al.* **Late intrauterine fetal death and stillbirth**. Green-top Guideline No. 55. London: RCOG, 2010.

SILVA, M. C; TACHIBANA, M. Somewhere over the rainbow: narrativas de mães de crianças arco-íris. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 44-58, 2022.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; STROEBE, W. Health outcomes of bereavement. **Lancet**, Inglaterra, v. 370, n. 9603, p. 1960–1973, 2007.

STROEBE, M.; SCHUT, H.; FINKENAUER, C. Parents coping with the death of their child: from individual to interpersonal to interactive perspectives. **Family Science**, Reino Unido, v. 4, n. 1, p. 28–36, 2013.

TEODÓZIO, A. M.; BARTH, M. C.; LEVANDOWSKI, D. C. Percepções e sentimentos sobre o bebê subsequente à perda gestacional. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 74, 2022.

TEODÓZIO, A. M. *et al.* Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: estudo qualitativo. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 20, n. 2, p. 1–14, 2020.

THOMAS, S. *et al.* Measures of anxiety, depression and stress in the antenatal and perinatal period following a stillbirth or neonatal death: a multicentre cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 21, n. 1, p. 818, 2021.

TOSTES, J. G. *et al.* Depressão pós-parto: correlações com suporte sócio-familiar e assistência no SUS. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 1, n. 2, p. 19–24, 2011.

TOSTES, N.A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas para o parto**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

TURTON, P. *et al.* Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. **The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, Inglaterra, v. 188, p. 165–172, 2006.

TURTON, P. *et al.* Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, Inglaterra, v. 50, n. 12, p. 1451–1458, 2009.

VIDAL, M. Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. suppl 2, p. 3185–3190, 2010.

VIGNATO, J. *et al.* Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: a concept analysis. **Journal of Clinical Nursing**, Inglaterra, v. 26, n. 23–24, p. 3859–3868, 2017.

WARLAND, J. *et al.* Parenting paradox: parenting after infant loss. **Midwifery**, Escócia, v. 27, n. 5, p. e163-9, 2011.

WATSON, J. *et al.* Pregnancy and infant loss: a survey of families' experiences in Ontario Canada. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Inglaterra, v. 19, n. 1, p. 129, 2019.

WEISS, L.; FRISCHER, L.; RICHMAN, J. Parental adjustment to intrapartum and delivery room loss. The role of a hospital-based support program. **Clinics in Perinatology**, Estados Unidos, v. 16, n. 4, p. 1009–1019, 1989.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. A contribuição da psicanálise à obstetrícia. *In*: WINNICOTT, D. W. (org.). **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1994. p. 61-72. (Original publicado em 1957).

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. *In*: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-440.

WINNICOTT, D. W. A mãe dedicada comum. *In*: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 1-12.

WOJCIESZEK, A. M. *et al.* Care prior to and during subsequent pregnancies following stillbirth for improving outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Inglaterra, v. 12, n. 12, p. CD012203, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Why we need to talk about losing a baby**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby> . Acesso em: 25 out. 2024.

APÊNDICE A – ARTIGO NO PRELO

Family Care in the Context of Perinatal Losses: Perceptions of Bereaved Mothers

*Cuidado às famílias no contexto das Perdas Perinatais:
percepções das mães enlutadas*

CUIDADO NAS PERDAS PERINATAIS

Care in perinatal losses.

Marley Carvalho Feitosa **MARTINS**¹⁰  ORCID iD 0000-0002-0705-4760

Doutoranda em Saúde Coletiva

E-mail: psicomarley.saude@gmail.com

(85)98625-8365

Francisco Herlânio Costa **CARVALHO**¹¹  ORCID iD 0000-0002-6400-4479

Professor, Doutor em Medicina Obstetrícia.

E-mail: herlaniocosta@gmail.com

(85)99185-9870

Maria do Socorro de **SOUSA**¹²  ORCID iD 0000-0001-9427-1730

Professora, Pós-Doutorado em Saúde Coletiva

E-mail: sousams3@gmail.com

Mariana Carvalho Feitosa **MARTINS**¹³  ORCID iD [0009-0005-0100-4462](https://orcid.org/0009-0005-0100-4462)

Estudante de Medicina (Internato)

E-mail: marianaandreoni30@gmail.com

Hermano Alexandre Lima **ROCHA**¹⁴  ORCID iD 0000-0001-9096-0969

Professor, Pós-Doutoramento em Epidemiologia Aplicada.

E-mail: hermanoalexandre@gmail.com

Abstract

The loss of a child in the perinatal period has lasting psychological, physical and social impacts that need to be addressed, not only by preventing these deaths, but also by improving care for grieving families. This study sought to develop a theoretical and practical framework for quality care for families in situations of perinatal loss, based on international guidelines and reports of maternal experiences.

¹⁰ Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rua Alexandre Baraúna, 949, Rodolfo Teófilo, 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondence to: Marley Carvalho Feitosa Martins. E-mail: psicomarley.saude@gmail.com

¹¹ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Fortaleza, Ceará, Brasil.

¹² Universidade Estadual do Ceará, UECE. Mestrado Profissional Ensino na Saúde. Fortaleza, CE, Brasil.

¹³ Universidade Estadual do Maranhão, Faculdade de Medicina, Caxias, MA, Brasil.

¹⁴ Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, CE, Brasil.

The qualitative method was used with open interviews using the “life story” and content analysis to categorize significant expressions by analogy to the Six ‘R’ Processes of Grief Classification model: Recognizing the loss; Reacting to the separation; Remembering the loss; Renouncing motherhood; Readjusting to the new situation; Reinvesting/Resignifying. The themes that emerged offer guidance for implementing guidelines and clinical practices, directing the focus to individualized care that can have an immediate impact on the experiences of women and families after stillbirths.

Keywords: humanization of assistance; stillbirth; mental health;

Resumo

A perda de um filho no período perinatal apresenta impactos psicológicos, físicos e sociais duradouros que precisam ser enfrentados, não apenas pela prevenção dessas mortes, mas também, por melhorias no atendimento às famílias enlutadas. O presente estudo buscou desenvolver um referencial teórico-prático para o cuidado de qualidade às famílias na situação de perda perinatal, fundamentado em diretrizes internacionais e nos relatos das experiências maternas. Utilizou-se o método qualitativo com entrevista aberta utilizando a “história de vida” e a análise de conteúdo para a categorização das expressões significativas por analogia ao modelo da Classificação dos Seis Processos ‘R’ de luto: Reconhecer a perda; Reagir à separação; Rememorar a perda; Renunciar à maternidade; Reajustar-se à nova situação; Reinvestir/Ressignificar. Os temas que surgiram oferecem orientação para implementar diretrizes e práticas clínicas, direcionando o foco ao cuidado individualizado podendo ter impacto imediato nas experiências das mulheres e famílias após natimortos.

Palavras-chave: humanização da assistência; natimorto; saúde mental.

Para cada mulher, viver a experiência da gestação constitui um momento especial, e, muitas vezes, significa a concretização de um projeto de vida. Quando ocorre a perda do bebê, há uma quebra abrupta de expectativas e o impacto pode ser devastador e persistente na vida dos pais, deixando marcas profundas e traumáticas (Amthauer, 2017).

A perda de um filho no período perinatal apresenta impactos psicológicos,

físicos e sociais duradouros que precisam ser enfrentados, não apenas pela prevenção dessas mortes, mas também por melhorias no atendimento às famílias enlutadas. Está associada a uma série de sintomas psicológicos negativos sendo um fator de risco significativo para depressão, ansiedade e sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Shakespeare et al., 2019).

De acordo com o relatório do Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância, o UNICEF (2020), cerca de 2 milhões de natimortos ocorreram em todo o mundo em 2019. Os números por si só tornam o assunto uma prioridade global, considerando as consequências nas esferas social e econômica, com crises familiares, dificuldades ocupacionais e problemas de elevados custos com a saúde (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância, 2020).

Pais enlutados foram identificados como um grupo de alto risco para o luto complicado, com até 25% sofrendo de sintomas graves anos após a morte do bebê (Ellis et al., 2016). Além disso, cerca de 50% das mulheres engravidam dentro de um ano da perda, portanto, efeitos psicológicos negativos podem ser prevalentes em gestações subsequentes e na parentalidade (Mills et al., 2014).

Em contrapartida, a agenda da saúde global é silenciosa em relação a perda fetal, talvez, em parte, porque o impacto mais amplo não foi sistematicamente analisado ou compreendido, tendo como desdobramento a inexistência de políticas públicas voltadas para sua prevenção (Ellis et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu um roteiro claro sobre como erradicar as mortes neonatais e natimortos evitáveis com padrões de cuidados de qualidade e medição de nascimentos e mortes no Plano de Ação Global *Every Newborn Action Plan* (ENAP). No entanto, o primeiro relatório de natimortos - *A Neglected Tragedy: The Global Burden of Stillbirths*, concluiu que muitos países não atingirão a meta do ENAP até 2030 se esforços adicionais não forem feitos (Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância, 2020).

Em 2019, foi lançada a ação *“Why we need to talk about losing a baby”*, com o objetivo de tornar o aborto espontâneo, o natimorto e a morte neonatal visíveis em todo o mundo, bem como retratar a necessidade de melhores práticas e assistência médica profissional qualificada (World Health Organization, 2019).

Outras relevantes diretrizes internacionais também enfatizaram a importância de melhorar a capacidade dos profissionais de saúde para fornecer cuidados

eficazes de assistência ao luto perinatal (Schott et al., 2016; Boyle et al., 2020; Qian, et al., 2022).

No Brasil, algumas publicações importantes vêm sendo realizadas. Recentemente foi publicado um livro que orienta os profissionais de saúde no cuidado ao luto perinatal (Salgado & Polido, 2018). Também é importante destacar o trabalho de pesquisa sobre luto complicado, o qual evidenciou a prevalência de 35% de luto complicado em mães brasileiras comparada aos 12% em mães residentes em países com serviços de apoio ao luto, uma cultura ainda incipiente no Brasil (Paris et al., 2022).

Atendendo às lacunas detectadas, empreendeu ser oportuno identificar possíveis contribuições para a compreensão do fenômeno em estudo na sua complexidade e subjetividade, com o objetivo de desenvolver um referencial teórico-prático para o cuidado de qualidade às famílias na situação de perda perinatal, fundamentado em diretrizes internacionais e nos relatos das experiências maternas.

Método

O presente estudo utilizou o método qualitativo do tipo exploratório e descritivo. Para explorar o tema e orientar a compreensão da complexidade do fenômeno foi utilizada a “história de vida” (Minayo, 2010) como estratégia metodológica. Deriva da pesquisa de doutorado “Gestação Subsequente à Perda Perinatal: Análise dos resultados de um Programa de Pré-Natal Psicológico”, realizada no período de 2022 a 2023, estudo de Método Misto realizado em duas fases, que combinou a abordagem quantitativa e qualitativa para obter a compreensão mais abrangente do fenômeno em estudo (Creswell, 2013). O Estudo caracterizou-se pela Amostra Consecutiva, por meio do recrutamento de toda a população acessível no período de tempo determinado e de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa (Cummings et al., 2015).

O estudo atendeu aos seguintes procedimentos éticos: aquisição do consentimento da participação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com esclarecimentos prévios antes do início da pesquisa; cada participante recebeu uma cópia do TCLE com informações sobre o estudo, contatos e e-mails da equipe; os dados coletados foram armazenados e utilizados exclusivamente para a pesquisa. Notavelmente, este estudo não ofereceu quaisquer

riscos significativos aos participantes.

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), pela Plataforma Brasil, cujo Número do Parecer: 4.492.386.

Participantes

Para este estudo foram incluídas 15 mulheres, as quais atenderam os seguintes critérios de elegibilidade: gestantes, a partir da 12^a semana de gestação, com histórico obstétrico de natimorto, ocorrido a partir da 22^a semana de gestação. As mulheres tinham entre 25 e 39 anos, provinham de diversos municípios brasileiros, 93,3% (14) das mães possuíam ensino superior completo, 60% (09) não possuíam filhos vivos, estavam em um período de 5 a 45 meses da perda, todas as mães tiveram, posteriormente, um bebê vivo, e estavam em um relacionamento estável com o pai do bebê.

Instrumentos

Foi utilizada entrevista aberta ou em profundidade, sem roteiro estruturado e com a formulação de apenas uma questão norteadora, de acordo com a delimitação deste presente estudo: percepção sobre os cuidados recebidos na situação da perda do bebê (Minayo, 2010). Esse tipo de abordagem é considerado ético e culturalmente apropriado para esse público, pelo respeito e liberdade de expressão das experiências das participantes.

Procedimentos

Para possibilitar o aumento da amostra, foi elencado o recrutamento das gestantes com a parceria de dois Grupos de Apoio para pais enlutados pertencentes aos municípios de Porto Alegre-RS e Fortaleza-CE, os quais forneceram importante contribuição com a divulgação da pesquisa em suas Redes Sociais.

Foram realizados quatro grupos com a participação de seis a oito gestantes. As entrevistas tiveram a duração de duas horas e foram conduzidas por uma psicóloga experiente no trabalho com gestantes, a primeira autora.

Quanto aos cuidados éticos, em relação ao sigilo das entrevistas, as mulheres foram identificadas por “G1, G2...”, enumeradas na ordem em que seus relatos foram apresentados. As entrevistas foram gravadas em áudio com o consentimento das participantes e transcritas na íntegra para análise. Para viabilizar a abrangência

da pesquisa a nível nacional, além de oferecer segurança às participantes, a pesquisa foi realizada de modo virtual, pela plataforma Google Meet.

Análise e tratamento dos dados

Como técnica de tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, considerando sua característica “objetiva de forma que o conteúdo seja integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos” (Minayo, 2010, p. 308). A análise foi constituída pelas seguintes fases:

I) Pré-análise: leitura e análise de todas as transcrições para a seleção dos relatos de acordo com os objetivos deste estudo.

II) Análise: desenvolvimento das impressões, orientações e direções para a análise utilizando a Classificação de Rando (Rando, 2012) na perspectiva dos Seis Processos ‘R’ de luto :1) Reconhecer a perda; 2) Reagir à separação; 3) Rememorar a perda; 4) Renunciar à maternidade; 5) Reajustar-se à nova situação; 6) Reinvestir/Ressignificar.

III) Interpretação: categorização das expressões significativas por similaridade e analogia ao modelo, considerando-se as evidências que emergiram para outras subcategorias, as quais contribuíram, na segunda etapa da análise, para a elaboração do referencial teórico-prático para o cuidado de qualidade no contexto da perda perinatal.

A análise foi refinada e concluída em reuniões entre os autores para discussões e reagrupamento dos fatores analisados, até que o consenso total fosse alcançado para a descrição dos resultados com as expressões significativas. Para garantir o rigor metodológico e a credibilidade, foram seguidos os procedimentos recomendados para a publicação de pesquisas qualitativas em psicologia.

A elaboração da proposta também está fundamentada nas publicações canadense *Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Paediatrics & Child Health* (2001) e a britânica *Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals* (Schott et al., 2016).

Resultados e Discussão

Estão descritos, a seguir, os resultados da primeira etapa da análise apresentados em seis categorias das expressões significativas por similaridade e analogia de acordo com o modelo dos Seis Processos ‘R’ de luto (Rando, 2012), os

quais direcionaram para a definição das categorias propostas para o referencial teórico-prático recomendadas para o cuidado de qualidade no contexto da perda perinatal.

Análise do modelo dos Seis Processos ‘R’ de Luto (Rando, 2012)

Considerando a análise referente ao primeiro ‘R’, “Reconhecer a perda”, um crescente corpo de evidências sugere que, embora os impactos da perda perinatal possam ser tão significativos quanto qualquer outra perda, o luto perinatal pode não ser legitimado por profissionais de saúde, família e sociedade. Há um esforço para eliminar, minimizar e negar a dor existente. Dessa forma, os pais percebem que seu bebê é considerado como substituível, evidenciando culturalmente, a impossibilidade de atribuir à morte do bebê um significado de perda de um filho (Ignácio & Medeiros, 2023; Persson et al., 2023).

Tenho raiva de quem fala assim *‘não se preocupa com isso tem gente passando por coisa pior’*. Eu acredito que cada um tem um limiar de dor, então não é justo pesar a sua dor com a dor do outro. Cada um sabe o que é pesado para você. O que para mim pode doer muito, para o outro pode não doer nada e vice versa. Quando a B. faleceu, eu fiquei assim... pode sim ter coisa pior...perder um filho é doloroso, mas perder dois é bem pior (G1).

Tu podes ter outros filhos, é pior quando não tem nenhum filho (G2).

A falta do reconhecimento e acolhimento intensifica o sofrimento e os pais experimentam fortes sentimentos de isolamento e desconexão de seu ambiente social (Shakespeare et. al., 2019; Farrales et. al., 2020), reforçados pelos relatos a seguir:

Nesse processo, me sentia muito sozinha, parecia que ninguém compreendia a minha dor, tudo que as pessoas falavam me deixava mais irritada, ao invés de ajudar só piorava a situação: *‘Deus fez o que era melhor’*, *‘Depois da tempestade vem a bonança’*, *‘logo você engravida de novo’*. Até tenho dificuldade com este termo de *arco-íris* porque pra mim o M. nunca vai substituir a L. Parece que estão sempre nessa tentativa, de ocupar o vazio que o outro deixou (G3).
...nem todo mundo entende a insegurança de uma mãe que passou por uma perda, e como esse medo afeta, é muito complicado. Disseram: *‘você é nova, depois você vai querer ter outro bebê’* (G4).

O segundo ‘R’ diz respeito a “Reagir à separação”. Tendo em vista que a função materna é considerada socialmente uma realização plena do feminino, as mulheres que dão à luz a um natimorto podem questionar sua competência para gerar uma criança saudável, percebido como um golpe para sua autoestima e para sua capacidade maternal (Laguna et al., 2021). Entende-se que a morte de um filho perpassa a perda de um e se torna a morte do “nós”, de todas expectativas e sonhos

(Assis et al., 2019). Os relatos a seguir trazem as manifestações de sentimentos de vazio e impotência, evidenciados, por Iaconelli (2007) como “ferida narcísica”, pois a perda do bebê remete à sensação da perda de parte de si mesma.

...Eu perdi uma filha que estava dentro de mim... tive um vínculo com minha filha... ela já mexia, me respondia, eu cantava pra ela... Não tem um vínculo maior do que um bebê no seu ventre, é uma parte de você, uma parte minha morreu com ela, um pedaço de mim, uma extensão minha, é como se fosse o meu luto. Não dá para sentir isso com outro ser humano, só com um filho, sentir que morreu um pedaço de você é só com um filho mesmo (G4).

É, então, nesse período eu falava que não era a F. que tinha morrido. Porque a F. estava viva na minha fala, no meu amor por ela, nos sonhos que eu tinha construído para ela. A sensação que eu tinha, era que quem tinha morrido era eu, não ela. Ela não estava morta. Não tinha nem sentido falar que aquela criança estava morta. Era a mãe dela que tinha morrido. Era tudo o que eu sonhei, que eu pensava, que eu queria, era o quarto, eram as roupas. Então, o que tinha morrido era tudo o que eu tinha sonhado (G5).

O terceiro ‘R’ se refere a “Rememorar a perda”. Persson et al. (2023) categorizam como “personificação” a necessidade dos pais de conhecer o bebê como se ele estivesse vivo para honrá-lo como um membro da família. Independentemente do tamanho ou condição do bebê, criar memórias em conformidade ao desejo dos pais significa uma construção de afetos a partir da dor e pode facilitar o processo de elaboração do luto (Persson et al., 2023).

Os relatos a seguir evidenciam a importância de passar um tempo com o bebê e criar memórias significativas com ele.

...no momento que ela veio para os meus braços eu cantei para minha filha, fiz carinho, vi cada detalhe do corpo, depois meu marido entrou e pegou minha filha no colo, então a gente teve a oportunidade de se despedir (G5).

Tudo que foi acontecendo eu sempre tentei olhar com amor. Eu escolhi uma roupinha dele, fiz um ursinho. No momento de escolher o local onde colocar as cinzas dele, a gente escolheu um local onde a gente sonhava em levar ele para brincar, um lugar muito bonito, sempre vou ter boas lembranças dele. Respeitei muito meus momentos até com relação as roupas, esperei o momento para abrir as roupinhas dele e doar para algumas pessoas. Tudo foi difícil, mas a gente foi indo, etapa por etapa (G6).

A tentativa da sociedade de evitar o contato com a dor psíquica por meio da negação da realidade, pela retirada dos pertences e objetos do bebê do contexto, revela o luto pela morte do bebê como um tabu e inaceitável (Persson et al., 2023).

Quando eu cheguei da maternidade sem meu bebê, fiquei muito chateada porque eles desmontaram o berço, esconderam as coisas dele, e eu queria ver as coisas dele no lugar (G1).

É importante que a equipe esteja atenta e sensível e respeite os desejos individuais de cada família na escolha acerca dos rituais de despedida, sobre desejar ver e segurar o bebê, os rituais fúnebres ou sobre o destino dos pertences

do bebê (Pollock et al., 2020).

O relato a seguir expressa o desejo de não querer ver o bebê, sendo negociado com a equipe antes do parto.

...eu tinha combinado com ela (médica) que não queria ver ele logo que nascesse, eu queria que levassem ele para eu me situar e chamar ele já enroladinho...e eu virei de costas para eu não ver ele. Que era o que eu queria na hora, não sei se agora poderia ser diferente, era o que eu dava conta (G2).

Com acompanhamento profissional e apoio familiar, percebe-se que a mãe pode aos poucos inserir-se na realidade, por mais dolorosa que seja. O relato a seguir, evidencia a importância de um cuidado humanizado e ético no acompanhamento do parto, não somente de um nascido vivo, mas também de natimorto.

...Eles foram muito cuidadosos com a gente... Foram duas horas e meia de parto. Começou apertar muito a dor, e eu estava muito cansada, fiquei um tempão no chuveiro e a dor não passava. Eu falo que eu virei um animal selvagem, porque eu tirei a roupa, e eu sempre fui muito tímida para tirar a roupa, não estava nem ligando, meu cabelo estava assim, parecendo leão, e eu só queria que aquilo terminasse. Eles respeitaram a posição que eu queria para ter o parto. Quando ela nasceu só consegui sentir o alívio de ter nascido, não raciocinei o que estava acontecendo, eu só estava sentindo alívio de acabar a dor. Nos primeiros cinco minutos eu não estava entendendo direito, o R. (esposo) começou a chorar muito porque tinha muita expectativa de que ela tivesse vida ainda, eu fiquei fora do ar. Fizeram todo o processo na nossa frente, de medir, de pesar, da placenta, chamaram a fotógrafa do hospital, pediram para colocar uma playlist que a gente quisesse, colocaram um óleo essencial que acalmasse e deixaram o tempo que a gente quisesse com ela. Não sei dizer quanto tempo eu fiquei, mas eu peguei ela no colo por muito tempo. Fui ver cada detalhe dela, as perninhas, os bracinhos, lembro a sensação que era encostar nela, foi algo muito importante para mim. Ela estava formadinha. Apesar de tudo isso, foi muito bonito nesses aspectos de vivenciar, poder sentir, estar com ela, eu lembro de sentir o cheirinho dela, acalantar, mesmo que ela não estivesse ali, é uma coisa muito doida que a nossa mente faz, de acalantar. Isso fez toda diferença, eu poder ter esse momento com ela, foi um tempo muito difícil, mas ao mesmo tempo foi algo que me trouxe lembrança, conseguir materializar a vida da minha filha, isso foi sensacional! Meu coração parte, quando ouço mães que não tem essa oportunidade, porque foi uma das coisas que me ajudou. Isso faz com que a gente consiga olhar e dizer que fez tudo o que podia, ela estava ali na minha frente, foi muito importante para mim. Foi um milagre, do jeitinho que tinha que ser, do jeito de Deus. Não tem força, a força vem de Deus (G3).

É importante considerar a individualidade, pois cada mulher vivencia a experiência de forma particular, conforme a rede de apoio disponível, a sua história de vida, as suas crenças e a forma como transcorreu a experiência de perda (Lopes et al., 2017; Teodózio et al., 2020).

“Renunciar à maternidade” é o quarto ‘R’. Durante a gravidez a mulher investe em um processo de construção de representações sobre seu filho por meio da

idealização do bebê e da sua relação com ele. Quando o diagnóstico da perda é confirmado, toda essa construção é interrompida, resultando, comumente, em dificuldade de aceitação, negação do fato e sofrimento para as mulheres e para toda a família. Por outro lado, a reação da mulher à perda está associada ao significado afetivo atribuído e depende do investimento emocional que ela depositou na sua gravidez (Muza et al., 2013).

O não reconhecimento de si mesma é mais uma questão identificada neste estudo como crucial. Há uma vivência de certa despersonalização, de não se reconhecer, de diluição da identidade da mulher (Faria-Schützer et al., 2014).

...até hoje ainda estou meio perdida, as vezes eu penso que perdi minha identidade e eu não sei mais quem eu sou...eu não aceitava não ser mãe, eu quero ser mãe...só depois de passar por essa experiência de me ver com um bebê que eu vou me ver, além de mãe (G1).

Quando eu olhava pra mim mesma, tudo me remetia ao bebê, olhava no espelho, focava no bebê. Teve uma hora que queria anular o meu corpo por conta disso. Foi um processo de depressão mesmo. Teve mais uma coisa também, meu cabelo cresce muito na gestação. Parecia que aquele cabelo não era meu, era o cabelo da A. (bebê anjo). Eu tinha que deixar ali, porque era a única coisa que me lembrava dela. Só que num dia, num surto, eu cortei tudo. Como se eu estivesse cansada, sabe? Tipo... eu não quero viver mais isso, isso me dói, eu não quero. Então era isso que eu sentia, a questão da amamentação, a questão do corpo, tudo isso. Foi um processo bem difícil. Depois disso, comecei a elaborar diferente (G7).

Quando eu perdi o bebê, eu fui em uma amiga para ela ordenhar para mim, porque eu não estava aguentando de tanto leite. Era muito leite e teve que jogar fora. Tomei remédio no hospital depois da cesárea, mas mesmo assim, tive que enfaixar o peito e ordenhar. Foi muito dolorido, antes tivesse secado tudo, porque cada gotinha daquele leite eu lembrava que eu poderia estar alimentando meu filho (G8).

“Reajustar-se à nova situação” é o quinto ‘R’ da análise. Os pais enlutados vivenciam experiências conflitantes e paradoxais, as quais exigem comportamentos jamais planejados ou imaginados, para, contudo, desenvolver um novo significado e representações para o bebê sonhado, mas agora perdido. A experiência do luto pela perda do bebê rompe com suas referências de comportamentos conhecidos e exige um intenso trabalho psíquico e tempo para elaboração do luto (Casellato, 2020).

O relato a seguir evidencia a experiência de uma mãe enlutada que possuía um significado positivo sobre o parto por experiência própria e pela sua atuação como doula. No entanto, foi um desafio “se entregar e curtir” a um parto que “envolia a morte e não uma emoção de vida”.

Não queria me entregar no parto, sou doula, ativista do parto humanizado, apesar da dor, o parto é uma experiência que me remete a uma coisa muito boa, para mim tem essa importância muito grande e não fazia sentido naquele momento eu me entregar. Se eu tivesse me entregando parecia

que eu estava curtindo o parto de alguma forma...Um pouco de querer que ele continuasse comigo. O nascimento te leva a uma emoção muito grande, e eu sabia que eu não ia ter isso, seria uma emoção muito diferente, não era emoção de vida, seria diferente, onde envolvia a morte... A dor ficou muito intensa porque, além da ocitocina, tinha a dor de toda a situação. Eu sabia que precisava mexer o corpo, rebolar, e eu não queria isso também, não conseguia me entregar ao parto de fato. Então, disse para chamar o anestesista 'porque para mim já deu'. A anestesista veio, fez a anestesia, fiquei quietinha, parada e ele veio sozinho...Eu estava com muito medo desse momento de ver ele morto (G1).

Um parto de natimorto demanda muita energia da mãe, pois além da dor física há a dor emocional. A mãe não conta com o auxílio do bebê no processo de expulsão, e após o parto, não há o conforto de encontrar o bebê vivo nos braços, circunstância que poderia amenizar a dor física da parturição (Teodózio et al., 2020).

...Foi muito dolorido, fisicamente falando e emocionalmente. Fisicamente, era uma coisa muito doida, não sei explicar...eu não tinha força, meu corpo estava muito frágil. Eu fiz força sozinha porque ela não tinha vida, então eu só queria que acabasse logo (G3).

Portanto, torna-se indispensável a sensibilidade da equipe de saúde às demandas físicas, emocionais e sociais, proporcionando, assim, uma assistência integral, humanizada e empática no contexto obstétrico (Qian et al., 2022).

O sexto e último 'R' é "Reinvestir/Ressignificar". O trabalho de luto bem-sucedido 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 bebê perdido já não existe e, conseqüentemente, toda energia vital, deverá ser retirada de suas ligações com esse objeto (Teodózio et al., 2020).

O estudo evidenciou que algumas participantes resignificaram a morte do bebê por meio de recursos para a elaboração psíquica dessa vivência, o que denota a subjetividade desse processo.

A gente tinha decidido plantar uma árvore com as cinzas dele. Fiquei cuidando da árvore, ficava olhando os brotinhos, tirando foto, vendo como a flor se evoluiu, foi muito legal acompanhar e cuidar da árvore. Não pude cuidar dele, então estou cuidando dela. Bem legal esse processo, trouxe um pouco de tranquilidade (G2).

Depois que a gente perde um filho a gente passa a ver a vida com outras lentes. A gente conhece o que é uma dor, um problema, o que é um desespero, o que é cair em um buraco e ficar por anos caída nele, caindo...caindo.... É difícil para as pessoas entender, as pessoas acham que você não frequenta mais os mesmos lugares porque você está deprimida, ou você não elaborou a sua história, e às vezes, é simplesmente uma evolução. Eu quero conversar de coisas mais profundas, eu quero estar ao lado de pessoas que souberam me acolher nesse momento, zero pessoas para me julgar, para achar que não me cuido, ou para achar que não estou dando a atenção que ela precisa, enfim, o mais difícil são as pessoas acharem que tudo se resume a depressão (G9).

Eu costumo brincar que eu beije na boca da loucura, eu tive cara a cara com ela, e o que não me deixou chegar lá, apesar de ter tido muita raiva de

Deus, foi Deus. Criei uma ligação muito forte com esse meu filho... não há nada que explica essa ciência de gerar um filho e desenvolver esse amor, era um amor que antes dele eu não conhecia. O M.(bebê anjinho) me ensinou a maternidade e eu passei a ter outra relação com Deus, porque o mesmo Deus que me tirou, que me permitiu que tudo isso acontecesse, foi o mesmo que me deu aquela criança e esse amor que não dá para explicar e hoje ter uma relação com Deus de muita fé...a única coisa que me resta nesta gestação... (G10).

Construção da proposta do referencial teórico-prático para o cuidado de qualidade no contexto da perda perinatal

A construção da proposta foi fundamentada nos relatos das participantes e nas referências canadense e britânica, sendo incluídas as seguintes categorias significativas: 1) Acolhimento e atitude respeitosa; 2) Comunicação clara e compreensível com os pais e entre os diferentes profissionais de saúde, garantindo a escolha informada; 3) Atendimento individualizado e adaptados às necessidades pessoais; 4) Boas Práticas de atenção nos diferentes contextos; 5) Cuidado e apoio contínuo e 6) Qualificação do Cuidado.

1) Acolhimento e atitude respeitosa

O apoio dos cuidadores e orientação respeitosa desde o diagnóstico da morte do bebê são essenciais para os pais, considerando que se encontram em um caos inimaginável (Persson et al., 2023). No entanto, o presente estudo constatou que as experiências das mulheres com o atendimento clínico não atenderam às suas expectativas e cuidados desrespeitosos com os pais e bebês foram relatados.

E o médico, simplesmente, saiu da sala, não deu nem tchau. Fez a eco e saiu e eu ali nervosa e chorando, liguei para o meu marido para vir me buscar. Estava muito nervosa, preocupada e traumatizada, para mim foi super ruim. Entendo que ele faz muitas ecografias, mas, era eu que estava ali, uma pessoa, uma mãe super preocupada, e que não teve nenhum cuidado, zero cuidados, sozinha ainda por cima (G2).

Como vou me sentir naquele momento? Durante a indução não tiveram o cuidado de avisar as pessoas que entravam na sala de parto, que eu não estava com um bebê vivo, muitas pessoas diziam: 'mamãe, fique feliz, daqui a pouco seu bebê vai vir para seus braços'. Eu ficava que nem louca, gritava, com dor. Vários médicos passaram por mim, a cada quatro horas eu levava um toque de um médico diferente...Insuportável! (G4)

Os contatos, muitas vezes, demonstram atitudes de frieza e descaso em relação aos sentimentos negativos proporcionados pela experiência. No relato a seguir a mulher evidencia que “pouquíssimos são os profissionais que realmente estão preparados para lidar com isso, e sabem conversar com a paciente, que é o mais importante” (G3).

No domingo à noite passou um médico, a gente ficou muito mexido com a atitude dele, ele comparou a minha perda - na verdade eu nem tinha perdido ainda, a gente estava na luta para salvá-la - comparou como algo que acontece na vida, disse que a esposa perdeu um dos bebês e eles nem se lembram disso, falou como se eu já tivesse perdido, né? E, eu tinha esperança... (G3).

Estudos reforçam que a equipe possui pouca habilidade para lidar com o sofrimento dos pais e se afastam emocionalmente, pois se sentem despreparados e impotentes frente à situação (Ignácio & Medeiros, 2023; Pollock et al., 2020). O relato a seguir revela o estigma vivenciado pela experiência da perda do bebê envolvida por múltiplas perdas adicionais, além de vivenciar a experiência de solidão e vulnerabilidade em sua situação. Segundo a participante, a experiência de descaso, falta de cuidado e falta de informações sobre seus direitos, agravou o seu caso:

Nunca vou esquecer isso, foi muito traumático para mim...Fomos para a cesárea e a única pessoa que teve empatia comigo dentro daquele centro cirúrgico foi o anestesista. Meu marido perguntou se poderia entrar, a médica disse: 'não, você não precisa passar por isso'. E, eu fiquei sozinha no centro cirúrgico, amarrada, prenderam minha mão. Limparam, colocaram uma toquinha nele, uma manta, e a enfermeira mostrou ele para mim, eu fiquei 30 segundos, foi muito pouco, só vi, pois, estava amarrada. Ele estava branquinho, a boca vermelha, parecia que estava dormindo, perfeito. Não encostei, não peguei, ninguém me orientou. E aí, levaram ele até meu marido, mas também ninguém falou para ele que ele podia pegar, ninguém colocou nosso filho em nosso braço, ele ficou conversando, conversou até mais do que eu. E, quando fui me recuperando da anestesia, eu pedi para ver, eu disse: *'quero muito ver meu filho, eu fiquei pouco com ele, tem como trazer ele?'* Ela disse que não tinha como, porque já tinha lacrado o "saco", meu filho ia para o SVO (necrópsia), e tive que concordar. É muito difícil, o que eu passei de descaso, falta de cuidado, piorou muito meu caso, além do luto, eu me senti muito desamparada. Eu sofri por muito tempo, pensando que, eu queria vivo, e tudo bem ele morreu, mas será que eu não podia ter beijado ele, e se eu tivesse sentido o cheiro dele? (G10).

Suas identidades são confrontadas, e sentimentos de vergonha e culpa são comuns (Pollock et al., 2020). A culpa, neste contexto, geralmente está associada à necessidade psicológica de compreender as causas explicativas do ocorrido, tendo em vista que o psiquismo fica ainda mais fragilizado diante do "obscuro labirinto mental" (Faria-Schützer et al., 2014). Algumas mães relataram experiências em que a equipe reforçou nelas o sentimento de culpa, acusando-as pela perda do bebê.

...Ele (médico) foi procurar o coração e não achou e foi fazer USG. Um silêncio total, eu já senti: 'Pronto, o H. não está mais aqui'. Aí, eu comecei a gritar, a chamar a minha comadre e ela correu e me abraçou. E, a técnica de enfermagem do hospital disse: 'Quando a gente sente as coisas a gente vai para o hospital logo'. Como é que eu ia, se eu não estava sentindo contração, não estava perdendo líquido...Tipo assim elas queriam colocar a culpa em mim, porque meu bebê morreu, porque eu não fui logo para o médico, sendo que eu sei que não tenho culpa (G11).

Me culpavam, na verdade...porque cheguei na maternidade falaram assim para mim: 'como que uma mãe de segundo filho não conseguiu sentir que

ela parou?’. Me questionaram muito ‘como que não sentiu, não percebeu nada?’... e realmente não tive sintomas nenhum. Sei que foi isso, com trinta e oito semanas, minha bebê tinha falecido, começou aquela explosão que você não entende o que é. O médico falou: ‘Você tem outro filho? Porque aqui não tem mais vida’ (G7).

Foi bem pesado, a gente tentou fazer a necropsia para saber o que estava acontecendo, mas disseram que devido a pandemia não puderam fazer, já tinha passado a pandemia e não quiseram analisar o que tinha acontecido com ela, fiquei sem saber o que aconteceu. Não tinha um laudo, você não sabe o que aconteceu com seu filho, de repente estava tudo bem, perfeita, crescendo e depois do nada...foi bastante duro para mim ter um parto sabendo que minha filha não ia estar viva, minha primeira filha. Não estava preparada, não sabia como ia ser, tive que fazer uma curetagem sem necessidade, fiquei com sequela dessa curetagem, eu nem sabia qual era o melhor método, eu só fui fazendo o que me mandavam fazer. Não sei como se deu a sucessão de fatos, foi meio traumático, até hoje você tenta processar o que aconteceu (G4).

Essas más condutas correspondem a uma tentativa dos profissionais de não entrar em contato com o sofrimento, ou seja, é um reflexo das dificuldades que a equipe enfrenta para fornecer os cuidados adequados, desencadeando quadros de sofrimento psíquico (Persson et al., 2023). Uma das participantes relatou as sucessivas atitudes desrespeitosas e privação de direitos durante o parto de seu bebê natimorto:

...Quando cheguei lá, me colocaram pra dentro de uma sala que eles chamam de pré-parto e simplesmente me largaram abandonada, não deixaram entrar um acompanhante e nem o pessoal da equipe do hospital, não ficou ninguém me acompanhando. Eu fiquei lá, as dores aumentando, eu andando de um lado pro outro, fazendo o que estava no meu alcance, porque eu queria que meu filho viesse da melhor forma. Estava sem medicação nenhuma, sem monitoramento de nada. Tipo assim, eu tive que ficar imóvel lá, sentindo dor, sozinha e sem ninguém para me dar um apoio...” (G12)

Ainda, relatou receber agressões verbais e físicas, enfim, vivências que se caracterizam como violência obstétrica.

Até que chegou um certo horário que elas chegaram e falaram: ‘agora você levanta e pega a roupinha do bebê que a gente vai para a outra sala’. Eu não estava mais aguentando, porque eu não tinha mais força e eu falei para ela: ‘não vou dar conta de levantar’. Ela falou: ‘dá sim’. Eu peguei a bolsa, e tive que caminhar até essa outra sala. Chegou lá, eu ainda tive que subir na maca sem a ajuda de ninguém, tive que deitar e ficar na posição. Eu lembro que elas falavam o tempo todo: ‘isso não é força que você está fazendo. Desse jeito seu filho não vai nascer’. Era uma tortura psicológica. Eu lembro que eu fechei um pouco minhas pernas e ela simplesmente bateu na minha perna. E, antes da cabecinha dele sair, toda hora eu sentia ela pegar na minha genital e falar ‘a cabecinha dele está bem aqui, mas com essa força que você está fazendo, ela não vai nascer’. Até que veio a última força e foi quando ele saiu, só que, quando ele saiu, eu não escutei o choro dele. Aí, ela já jogou ele em cima de mim e falou ‘respira para mandar oxigênio para ele’. Logo, ela tirou ele e jogou numa mesa do lado e eu já entrei em desespero, sozinha ali naquela sala com aquelas enfermeiras e elas tentaram reanimar ele, mas não... Nessa hora, uma delas saiu correndo para chamar o médico e, quando ele chegou, tentou, mas, já não tinha mais jeito e eu lembro que ele só olhou para mim, balançou a cabeça e falou:

‘sinto muito’. Uma delas olhou para mim e falou: ‘está vendo o que você fez?’. Falou que a culpa tinha sido minha, porque eu não colaborei. Eu não tenho memórias, eu só tenho traumas do parto dele (G12).

Percebe-se, assim, uma mãe buscando reconhecimento pela perda de um filho querido, enquanto à sua volta não se compreende e não se age com sensibilidade ao seu sofrimento. A mãe se sente duplamente desamparada, pelo bebê e pelo seu entorno. Não há como inscrever esta perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro (Iaconelli, 2007).

2) Comunicação clara e compreensível com os pais e entre os diferentes profissionais de saúde, garantindo a escolha informada:

É essencial garantir comunicação clara e compreensível com os pais e entre os diferentes profissionais de saúde, o que inclui: escuta sensível e qualificada; registrar as preferências e decisões sem que precisam relatar repetidamente sua situação; uso de linguagem inclusiva e adaptada, evitar termos técnicos ou quando utilizados devem ser esclarecidos.

Comunicar um diagnóstico negativo de forma sensível pode não reduzir a dor que os pais sentem, mas pode afetar a forma como eles recebem os cuidados da equipe, influenciando diretamente na forma como o luto será vivenciado (Setubal et al., 2018). O relato a seguir expressa a experiência de receber uma má notícia de forma sensível e acolhedora. O profissional reconheceu e validou o sofrimento pela morte do filho e forneceu um cuidado digno e respeitoso.

Na hora fiquei sem reação, olhei para o lado meu esposo baixou a cabeça começou a chorar, e eu fiquei parada sem conseguir dizer uma palavra, o médico me deu um copo de água e me abraçou (choro). O médico foi super atencioso comigo, no meio da pandemia que estava todo mundo assustado, o médico veio e me abraçou. Aí ele pediu para esperar o exame na sala mesmo, para ninguém ficar me olhando eu chorando lá fora (G1).

3) Atendimento individualizado e adaptados às necessidades pessoais.

A equipe de saúde pode demonstrar sensibilidade e empatia, reconhecer como os pais se sentem, fornecer informações claras e entender que os pais podem precisar de apoio específico para lidar com sua perda. Fornecer cuidados baseados em direitos humanos, que sejam relevantes, respeitosos e dignos é um requisito para cuidados maternos e neonatais competentes (World Health Organization, 2019).

No caso a seguir, após o diagnóstico da perda do seu bebê, a participante relata a experiência sobre a escolha do tipo de parto em conjunto com a médica obstetra a qual forneceu todas as informações necessárias, possibilitando a tomada

de decisão de maneira consciente e sensata, de acordo com os aspectos clínicos e respeito aos seus desejos.

Depois da Eco, a gente conversou e a médica disse que não via sentido em fazer cesárea, que é para salvar a vida da mãe e do bebê, ela disse: 'dá para esperar, não tem nenhum risco para ti, e indução também, vai ser difícil, vai ficar nervosa, você não está bem'. Para mim, foi tão forte ele ter falecido que eu queria ir para casa, e esperar ele nascer. Era a sensação que eu tinha. E a médica disse: 'Vai para casa e avalia, e se passar uma semana a gente faz exames até ter certeza que está seguro para ti, ficar com ele na barriga'. Fui para casa. Para mim foi muito bom, muita gente fica apavorada quando eu falo que fui para casa com meu filho morto na barriga. Mas, para mim, era meu filho, entendeu? (G2).

Pode haver efeitos positivos no bem-estar emocional dos pais quando eles têm confiança na equipe e sentem que estão sendo apoiados no processo de tomada de decisão após a morte do bebê (Downe et al., 2013; Redshaw et al., 2014).

4) Boas Práticas de atenção nos diferentes contextos

Os planos de cuidados devem ser elaborados em consulta com os pais para que o suporte possa ser projetado aplicando cuidados individualizados e holísticos que ressaltam as nuances de cada família e reconhece sua cultura, respondendo de forma sensível às suas diversas preferências (Qian et al., 2022). No entanto, o estudo constatou que a necessidade de uma abordagem sensível, ainda causa estranheza nos profissionais de saúde, conforme relatos a seguir.

Eu passei tanto tempo com a minha filha na minha barriga, quanto tempo eu pude ficar com ela naquela sala de parto? Então, seria tão bom se tivesse mais tempo... Eu acho que eles não estavam preparados, eu tive uma impressão que o meu pedido, causou um pouco de estranheza 'como assim você vai querer a tua filha morta?', acho que isso deu um estranhamento (G11).

Perguntei se podia pegar o bebê e a enfermeira disse: 'a médica não vai deixar'. Mas, eu insisti e me deixaram pegar durante 10 minutos, mas a pressão subiu e retiraram o bebê (G13).

5) Cuidado e apoio contínuo

O apoio é uma parte essencial do cuidado e deve ser disponibilizado pela equipe multiprofissional desde o diagnóstico da perda até o retorno à comunidade após alta hospitalar. Além de um bom suporte social e emocional, as mulheres devem receber todos os cuidados físicos necessários.

Corroborando com outros estudos, apesar do conhecido risco de recorrência de natimorto, atingindo impactos importantes em gestações subsequentes, há uma escassez de informações sobre os cuidados anteriores para melhorar os resultados de saúde (Wojcieszek et al., 2018). O importante aspecto encontrado entre as mães,

enquanto gestantes pós-perdas, foi a necessidade de relatar sobre a perda da gestação anterior para a equipe de atendimento, na intenção de receber um cuidado mais especializado e atencioso.

A médica que fez a primeira USG foi a mesma que diagnosticou a perda anterior. E fez muita diferença, ela me abraçou e disse que vai dar tudo certo, para voltar para fazer a morfológica, que já está marcada para o dia 03 (G14).

Mas, a minha médica, diferente do trauma anterior, foi muito acolhedora...Quando eu entrei na sala de parto, todos os médicos já sabiam da minha história, ela teve esse cuidado de contar antes. Então o pediatra, o anestesista e a outra médica obstetra que trabalha com ela, sabiam. Então, foi todo mundo muito respeitoso em relação a isso. O anestesista me falava cada passo que ele ia dar, tudo que ele ia fazer. Na hora de me dar a anestesia, ele ficou comigo, segurou minha mão, e quando eles foram tirar o D., o R. (esposo) já estava na sala comigo (G10).

Mulheres que estão grávidas que tiveram um natimorto anterior, compreendem um grupo pequeno, portanto, podem se beneficiar de cuidados especializados e individualizados, tanto para a sua saúde física como emocional, o que poderá resolver muitas das deficiências identificadas nos serviços existentes (Wojcieszek et. al., 2018).

6) Qualificação do Cuidado

A literatura sugere que os profissionais de saúde são muito impactados ao cuidar das famílias cujos bebês são natimortos e requerem educação e suporte contínuos (Qian et al., 2022).

Foi muito pesado, muito triste, não desejo nem ao meu pior inimigo isso que eu passei. Fiz o parto com uma equipe humanizada super conhecida no Brasil, referência em humanização do parto, só que quando acontece um desfecho desse, por mais que trabalhe nesta perspectiva de humanização do parto, é algo tão difícil que as pessoas ficam desorientadas. Eu fui deixada sozinha na sala do hospital, gritando: *'cadê meu filho?'*, muito difícil esse contexto (G15).

Portanto, ressalta-se que todos os profissionais de saúde devem obter oportunidades para desenvolver e atualizar seus conhecimentos e habilidades nesta área, além de obter supervisão para aprendizagem contínua e partilha emocional, uma vez que pode ocorrer uma sobrecarga emocional (Qian et al., 2022).

Limitações do estudo

Os resultados deste estudo descrevem as experiências na perspectiva das mulheres entrevistadas, e, embora algumas informações tenham sido reveladas sobre a conduta dos profissionais de saúde, a perspectiva da equipe não foi

ativamente buscada. Portanto, estudos futuros devem considerar diretamente as necessidades e experiências dos profissionais de saúde para expandir a compreensão atual da importância do cuidado e do suporte no contexto das perdas perinatais. Estudos futuros também podem considerar amostras representativas maiores e considerar resultados quantitativos.

Conclusão

Foi essencial obter a colaboração das mães através dos seus relatos para identificar os desafios e dificuldades acerca dos cuidados recebidos na situação da perda do bebê. Algumas dessas narrativas revelam que o estigma e o fatalismo ainda são prevalentes nas interações com profissionais de saúde e a necessidade de uma abordagem sensível aos pais e a um bebê natimorto, ainda causa estranheza.

É especialmente considerável a janela finita de oportunidade que se perde em uma interação insensível da equipe com os pais e a irreversibilidade das decisões tomadas no breve período do contexto da perda. De acordo com a literatura, podem incitar sintomas de trauma duradouros com efeitos contínuos nas relações interpessoais, podendo se estender para gestações subsequentes e na parentalidade.

Da mesma forma, deve-se levar em consideração o fato de que cuidar de pais enlutados traz estresse adicional para a equipe de saúde, principalmente quando não há protocolos institucionais específicos. Portanto, é relevante ressaltar dois desafios no contexto das perdas perinatais: a qualificação do cuidado e o suporte emocional suficiente aos profissionais de saúde.

Os temas que surgiram podem oferecer orientação para implementar recomendações, diretrizes e práticas clínicas, direcionando o foco ao cuidado individualizado e holístico respondendo de forma sensível às diversas preferências dos pais.

Espera-se que este estudo inspire novas pesquisas sobre o tema, ainda escassas na literatura científica brasileira, revelando o pouco espaço também no âmbito acadêmico para se discutir a morte no contexto gestacional. Pretende-se com os resultados deste estudo propor as diretrizes de cuidado às famílias no contexto das perdas perinatais aos serviços de referência à saúde materna e infantil do Estado do Ceará.

Contribuição

M.C.F. MARTINS foi responsável pela concepção do estudo, coleta de dados, análise de conteúdo, análise e interpretação dos dados e elaboração da primeira versão do manuscrito, F.H.C. CARVALHO contribuiu para a coleta de dados, análise e interpretação dos dados, H.A.L. ROCHA e M.S. SOUSA contribuíram para a análise, interpretação dos dados e orientação como investigadores responsáveis, M.C.F. MARTINS contribuiu para a coleta de dados e edição do manuscrito. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Artigo elaborado a partir da tese de M.C.F. MARTINS, intitulada “*Gestação Subsequente à Perda Perinatal: Avaliação dos resultados de um Programa de Pré-Natal Psicológico*”. Universidade Federal do Ceará, 2024.

Referências

- Amthauer, C. (2017). Vivências e impressões de profissionais de saúde acerca de possíveis causas de uma perda fetal. *Rev Enferm UFPE on line*, 11(Supl. 1), 334-340. doi: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup2017
- Assis, G. A. P., Motta, H. L., & Soares, R. V. (2019). Falando sobre presenças- ausentes: vivências de sofrimento no luto materno. *Revista Nufen: Phenom. Interd.*, 11(1), 39-54.
<https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº01artigo44>
- Boyle, F. M., Horey, D., Middleton, P. F., & Flenady, V. (2020). Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care - An overview. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), 107–110.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.008>
- Canadian Pediatric Society (2001). Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatrics & Child Health*;6(7), 469-477. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/>
- Casellato, G. (Org.). (2020). *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. São Paulo: Summus.

- Creswell, J. W. (2013). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Penso.
- Cummings, S. R., Grady, D., & Hulley, S. B. (2015). Delineando um ensaio clínico randomizado cego. In Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. *Delineando a pesquisa clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Downe, S., Schmidt, E., Kingdon, C., & Heazell, A. E. (2013). Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ open*, 3(2), e002237. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002237>
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Farrales, L. L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., & Klein, M. C. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC psychology*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x>
- Faria-Schützer, D.B., Neto, G.L., Duarte, C.A.M., Vieira, C.M., & Turato, E.R. (2014). Fica um grande vazio: Relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 113-132. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n2p113>
- Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância. (2020). *A Neglected Tragedy: the global burden of stillbirths*. 2020. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/m/item/a-neglected-tragedy-the-global-burden-of-stillbirths>
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614–623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>

- Ignácio, E. S., & Medeiros, A. P. (2023). Nascimento e Morte: o Apagamento do Luto durante a Perinatalidade. *ID on line – Revista de Psicologia*, 17(66), 253-272. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v17i66.3743>
- Laguna, T. F. S., Lemos, A. P. S., Ferreira, L., & Gonçalves, C. S. (2021). Neonatal grief and the role of psychology in this context. *Research, Society and Development*, 10(6), e5210615347. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15347>
- Lopes, B. G., Borges, P. K. O., Grden, C. R. B., Coradassi, C. E., Sales, C. M., & Damasceno, N. F. P. (2017). Luto materno: Dor e enfrentamento da perda de um bebê. *Rene*, 18(3), 307-313. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000300004
- Mills, T. A., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A. E., Whitworth, M., & Lavender, T. (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(8), 943–950. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12656>
- Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34-48.
- Paris, G. F., Montigny, F., & Pelloso, S. M. (2022). Equivalência da escala de luto perinatal para escala de luto parental após a perda de um filho. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.59136>
- Persson, M., Hildingsson, I., Hultcrantz, M., Kärrman Fredriksson, M., Peira, N., Silverstein, R. A., Sveen, J., & Berterö, C. (2023). Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of

qualitative studies in high-income countries. *PloS one*, 18(8), e0289617.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289617>

Pollock, D., Ziaian, T., Pearson, E., Cooper, M., & Warland, J. (2020). Understanding stillbirth stigma: A scoping literature review. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 33(3), 207–218.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.004>

Qian, J., Sun, S., Wang, M., Liu, L., & Yu, X. (2022). Effectiveness of the implementation of a perinatal bereavement care training programme on nurses and midwives: protocol for a mixed-method study. *BMJ open*, 12(8), e059660.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059660>

Rando, T. A. (2012). A perspective on loss, grief and mourning. In Rando, T. A. (Ed.). *Contact with the Baby: Illness, Crisis & Loss* (295-298). New York: Sage.

Redshaw, M., Rowe, R., & Henderson, J. (2014). *Listening to Parents After Stillbirth or the Death of Their Baby After Birth*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. Retrieved from: <https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/sr-bliss/documents/Listening-to-Parents-Report.pdf>

Salgado, H. O., & Polido, C. A. (2018). *Como Lidar: Luto Perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*. São Paulo: Ema Livros.

Schott, J., Henley, A., & Kohner, N. (2016). *Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals*. London: Tantamount on behalf of Sands, the Stillbirth & Neonatal Death Charity.

Setubal, M. S. V., Antonio, M. Â. R. G. M., Amaral, E. M., & Boulet, J. (2018). Improving Perinatology Residents' Skills in Breaking Bad News: A Randomized Intervention Study. Aprimoramento das habilidades de residentes em perinatologia para comunicar más notícias: um estudo de intervenção randomizado. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 40(3),

137–146. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1621741>

Shakespeare, C., Merriel, A., Bakhbakhi, D., Baneszova, R., Barnard, K., Lynch, M., Storey, C., Blencowe, H., Boyle, F., Flenady, V., Gold, K., Horey, D., Mills, T., & Siassakos, D. (2019). Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 126(1), 12–21. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15430>

Teodózio, A. M., Barth, M. C., Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2020). Particularidades do Luto Materno Decorrente de Perda Gestacional: Estudo Qualitativo. *Revista Subjetividades*, 20(2), 1-14. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9834>

Wojcieszek, A. M., Shepherd, E., Middleton, P., Lassi, Z. S., Wilson, T., Murphy, M. M., Heazell, A. E., Ellwood, D. A., Silver, R. M., & Flenady, V. (2018). Care prior to and during subsequent pregnancies following stillbirth for improving outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD012203. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012203.pub2>

World Health Organization. (2019). *Why we need to talk about losing a baby*. Geneva: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby> .

APÊNDICE B – FORMULÁRIO I: PERÍODO GESTACIONAL (CASOS E CONTROLE)

Período Gestacional			
Data da entrevista: -----/-----/-----			
Nome: () Não-exposto		Grupo: () Exposto	
Data de nascimento da mãe: -----/-----/----- -- Anos		Idade da mãe: -----	
Endereço: Área de Residência: () Rural () Urbana		Bairro:	
Município:		Capital () Interior ()	
Telefone:		Celular:	
Redes Sociais (Instagram e Facebook):			
Trabalha fora: sim () não () Local:			
Características Sócio-demográficas			
Situação conjugal atual	() Casada () Solteira () União consensual () Separada () Viúva.		
No momento da perda, qual tipo de relacionamento tinha você e seu parceiro?	() Casados () Morando juntos () Outro, especifique: _____		
Conflitos familiares	() sim () não		
Anos de estudo concluídos	() Fundamental completo () Fundamental incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto () Superior completo () Superior incompleto () não alfabetizada		
História Obstétrica			
Número de gestações anteriores			
Número de Partos anteriores			
Número de Partos normais			
Número de Partos cesáreas			
Número de filhos vivos			
Já teve aborto	() Sim () Não	Se sim, quantos?	
Morreu algum filho após o nascimento?	() Sim () Não	Se sim, quantos?	Com que idade?
Antes de engravidar tinha alguma Doença?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Hipertensão () Diabetes () transtorno mental () AIDS () Sífilis () Outras:	
Sofreu violência durante a gestação anterior?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Física () Sexual () Psicológica () Assédio Moral () Outros:	Se sim, por quem? () Marido/companheiro () Ex-companheiro () Namorado () Estranho () Outros:
Fez uso de fumo, álcool, medicamentos durante a gestação?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Fumo () Álcool () Medicamentos (exceto vitaminas). () Uso contínuo () moderado	
Fez uso de drogas durante gestação?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Maconha () Cocaína () Crack () Outras:	
Teve descontrole emocional intenso durante a gestação?	() Sim () Não	Se sim, quais? () Estresse () Raiva () Tristeza prolongada/Depressão () Outros:	

História da Perda Perinatal		
Data em que ocorreu a perda	-----/-----/-----	
Idade Gestacional em semanas no momento do óbito	() 22 a 27 () 28 a 36 () ≥ 37	
Momento em que ocorreu o óbito	() Anteparto () Intraparto () neonatal	
Peso do feto em gramas	() ≤ 1.500 ; () 1.500 a 2.499; () 2.500 a 2.999; () 3.000 a 3.499; () ≥ 3.500 ; () ≤ 2500 ou ≥ 2500	
Tipo de Gestação	() Gemelar () Única	
Qual foi a causa da morte, se conhecida?		
Você usou medicamentos prescritos administrados por um médico desde a morte do seu filho?	() Sim Não ()	Se sim, está tomando atualmente? () Sim Não ()
Você usou drogas ilegais ou álcool para lidar com a morte do seu bebê?	() Sim Não ()	Quais?
Sentimentos frequentes	() Depressão () ansiedade () Medo () pânico () insônia () estresse	
Descreva como foi o seu atendimento durante a internação.	() suficiente () insuficiente	
Teve direito ao acompanhante de sua escolha?	() Sim () Não	
Se não, por que?		
Recebeu apoio da família?	() Sim () Não	
Como lidou com o leite Materno?		
Fez tratamento Psicológico após a perda?	() Sim () Não	
Quais suportes ajudou a enfrentar a perda?	() Religião () Mãe () Pai () Esposo/companheiro () Amigo () profissional () Outro-----	
Gestação Atual		
Gestação planejada	Sim () Não ()	
Idade gestacional início do Pré-natal	() 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre	
Alguma intercorrência na gestação	Diabete gestacional () hipertensão () hemorragia () outros ()	
Classificação de risco	() habitual () Alto risco	
Local das consultas Pré-natal	() Unidade Básica () Atenção secundária () Atenção Terciária () Atenção Suplementar	
Fez quantas consultas Pré-natal?	() nenhuma; () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou mais.	
Você se sente a vontade pra falar de suas emoções com a equipe de saúde?	() Sim () Não	
Possui apoio de sua família? Quem?	() não () companheiro () mãe () irmãos () vizinhos () outros -----	
Faz tratamento para saúde mental	() não () psicológico () psiquiátrico	

APÊNDICE C – FORMULÁRIO II: PERÍODO PUERPERAL (CASOS E CONTROLE)

Período Puerperal		
Data da entrevista: -----/-----/-----		
Nome:		
Grupo: () Exposto () Não-exposto		
Data de nascimento da mãe: -----/-----/-----		
Idade da mãe: ----- Anos		
Endereço:		Bairro:
Residência: () Rural () Urbana		Área de
Município:		Capital () Interior ()
Idade Gestacional em semanas	() ≤22 () 22 a 27 () 28 a 36 () ≥ 37	
Características Sócio-demográficas		
Situação conjugal atual	() Casada () Solteira () União consensual () Separada () viúva.	
Possui apoio do pai do bebê	() Sim () Não	
Parto		
Data do parto	____/____/____	
Gestação	() Gemelar () Única	
Tipo de parto	() Vaginal () Cesárea () Fórceps	
Local do Parto		
Presença de acompanhante	Pré-natal () Sim () Não Parto () Sim () Não	
Como você percebeu que estava na hora de ir para a maternidade?	() trabalho de parto () Intercorrências	Em situação de intercorrência: () sangramento () dores intensas () diminuição/ausência de movimentos fetais () Outros:
Você conseguiu ser internada para o parto na primeira maternidade que procurou?	() Sim () Não	Se não, por quê? () não tinha vaga () hospital não atendia alto risco () falta de equipe médica () outros: _____
Como foi para a maternidade?	() Carro próprio () Ambulância () Táxi () Carro de amigos/familiares () Ônibus () SAMU () Outros:	
Condições de Nascimento		
Promoção do contato pele a pele	() Sim () Não	
Início da amamentação na primeira hora após o parto	() Sim () Não	
Alojamento conjunto desde o nascimento	() Sim () Não	
Peso do feto/ bebê	() 500g a 1.499g () 1.500 a 1999 () 2.000 a 2.500g () Maior que 2500.	
Sexo	() Masculino () Feminino	
Malformação congênita	() Sim () Não	
Óbito	() Sim () Não Se sim () Fetal () Neonatal	
Se Fetal: Momento em que ocorreu o óbito	() Anteparto () Intraparto Se anteparto, intrahospitalar: () sim () não	
Internação do RN	() Sim () Não	
Se sim, local e causa	() UTIN () UCINCo () UCINCa Causa.....	
Transmissão vertical	() Sim () Não () HIV () sífilis () toxoplasmose () rubéola () citomegalovirose () herpes simples () zika	
Aleitamento Materno	() Sim () Não Dificuldades () Sim () Não	

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(GRUPO DE INTERVENÇÃO)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo de Intervenção)

**Pesquisa: Gestação subsequente à perda perinatal:
Análise dos resultados de um Programa de Pré-natal Psicológico.**

Prezada Senhora, _____, convidamos-lhe a participar desta pesquisa que possui o objetivo de avaliar os resultados de um Programa direcionado às mulheres que possuem história de perdas perinatais. Após a leitura das informações sobre a Pesquisa, você terá a liberdade de escolher se deseja ou não participar. Durante a leitura, você poderá interromper a qualquer momento para realizar qualquer pergunta que desejar, esperamos que todas as suas questões sobre a pesquisa, sejam esclarecidas.

A Pesquisa será realizada, no período de fevereiro/2022 a dezembro/2023. Se concordar, você participará do Programa de Pré-natal Psicológico, realizado em duas fases: **Gestação:** 1) Entrevista sobre os fatores relacionados a gestação anterior à perda fetal e a gestação atual; 2) Cinco sessões de Pré-natal Psicológico; 4) Avaliação sobre sintomas de Luto Perinatal. **Pós-parto:** 1) Entrevista sobre os fatores relacionados ao parto e nascimento do bebê; 2) Avaliação sobre sintomas depressivos e Luto Perinatal 30 dias após o parto.

O benefício dessa pesquisa é o conhecimento sobre os fatores que envolvem a gestação subsequente a perda fetal com a finalidade de desenvolver um cuidado ético e humanizado a estas mulheres em todos os níveis de atenção no ciclo grávido-puerperal. Os riscos são mínimos, podendo acarretar possíveis alterações emocionais discretas ao conversar sobre a importante perda ocorrida recentemente. Todo o atendimento será gratuito, sem nenhum custo. Além disso, qualquer eventual gasto decorrente da pesquisa será ressarcido.

As informações obtidas durante a pesquisa serão apenas utilizadas por membros da equipe do projeto, mantendo-se em caráter confidencial e total sigilo (segredo) de todos os dados que comprometam a privacidade dos participantes. Os resultados da pesquisa somente serão divulgados com objetivo científico e estarão disponíveis para consulta no Repositório do site da Universidade Federal do Ceará (UFC). Você poderá aceitar ou recusar a participação no presente estudo, bem como poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que haja penalidades ou perdas de benefícios a que tenha direito.

Gostaria de contar com a sua importante colaboração nesta pesquisa, pois sua participação muito contribuirá para a qualidade do cuidado às mulheres na gestação após perda perinatal.

Caso necessite outros esclarecimentos sobre a pesquisa, estou à disposição.

A qualquer momento você poderá requerer mais informações dos pesquisadores responsáveis por esta pesquisa:

Aluna: Marley Carvalho Feitosa Martins

Orientador: Hermano Alexandre Lima Rocha

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo – CEP 60430-270 – Fortaleza-Ceará – (85) 98625-8365

Diante de qualquer dúvida a respeito dos direitos e deveres como participante da pesquisa ou caso tenha alguma dificuldade em contactar os pesquisadores responsáveis, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC, no Telefone: (85) 3366-8569 (Horário: 7:00 - 11:00 horas e de 13:00 -16:00 horas, de segunda a sexta).

Consentimento

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito do estudo acima citado. Os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de confidencialidade, foram esclarecidas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido. Eu, -----, portador do documento de identidade (RG) número -----, com prontuário/número -----, declaro ter sido esclarecido (a), verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa “*Gestações subsequentes à Perda Perinatal: Análise dos resultados de um Programa de Pré-natal Psicológico*”. Dou o meu livre consentimento para o referido estudo. Declaro ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de ____ de ____

Assinatura da entrevistada

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(GRUPO CONTROLE)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo Controle)

**Pesquisa: Gestação subsequentes à perda perinatal:
Análise dos resultados de um Programa de Pré-natal Psicológico**

Prezada Senhora, _____, convidamos-lhe a participar desta pesquisa que possui o objetivo de avaliar os resultados de um Programa direcionado às mulheres que possuem história de perdas fetais. Após a leitura das informações sobre a Pesquisa, você terá a liberdade de escolher se deseja ou não participar. Durante a leitura, você poderá interromper a qualquer momento para realizar qualquer pergunta que desejar, esperamos que todas as suas questões sobre a pesquisa, sejam esclarecidas.

A Pesquisa será realizada, no período de fevereiro/2022 a dezembro/2023. Se concordar, você participará dos seguintes procedimentos: 1) Entrevistas sobre os fatores relacionados a gestação anterior à perda fetal e sobre os fatores relacionados à gestação, ao parto e nascimento do bebê subsequente 2) Avaliação sobre sintomas depressivos e Luto Perinatal.

O benefício dessa pesquisa é o conhecimento sobre os fatores que envolvem a gestação subsequente a perda fetal com a finalidade de desenvolver um cuidado ético e humanizado a estas mulheres em todos os níveis de atenção no ciclo grávido-puerperal. Os riscos são mínimos, podendo acarretar possíveis alterações emocionais discretas ao conversar sobre a importante perda ocorrida recentemente. Para diminuir os riscos, caso for necessário, a maternidade dispõe de serviços de Saúde Mental para acompanhamento efetivo. Todo o atendimento será gratuito, sem nenhum custo. Além disso, qualquer eventual gasto decorrente da pesquisa será ressarcido.

As informações obtidas durante a pesquisa serão apenas utilizadas por membros da equipe do projeto, mantendo-se em caráter confidencial e total sigilo (segredo) de todos os dados que comprometam a privacidade dos participantes. Os resultados da pesquisa somente serão divulgados com objetivo científico sem colocar em evidência a sua identidade e do seu filho (a). Você poderá aceitar ou recusar a participação no presente estudo, bem como deixar de participar a qualquer momento sem que haja penalidades ou perdas de benefícios a que tenha direito.

Gostaria de contar com a sua importante colaboração nesta pesquisa, pois sua participação muito contribuirá para a qualidade do cuidado integral às mulheres na gestação após perda perinatal. Caso necessite outros esclarecimentos sobre a pesquisa, estou à disposição.

A qualquer momento você poderá requerer mais informações dos pesquisadores responsáveis por esta pesquisa:

Aluna: Marley Carvalho Feitosa Martins

Orientador: Hermano Alexandre Lima

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo – CEP 60430-270 – Fortaleza-Ceará – (85) 98625-8365

Diante de qualquer dúvida a respeito dos direitos e deveres como participante da pesquisa ou caso tenha alguma dificuldade em contactar os pesquisadores responsáveis, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC, no Telefone: (85) 3366-8569 (Horário: 7:00 - 11:00 horas e de 13:00 -16:00 horas, de segunda a sexta).

Consentimento

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito do estudo acima citado. Os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade foram esclarecidas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido. Eu, -----
-----, portador do documento de identidade (RG) número -----
-, com prontuário/número -----, declaro ter sido esclarecido (a), verbalmente e por escrito, sobre a pesquisa “*Gestações subsequentes à Perda Perinatal: Análise dos resultados de um Programa de Pré-natal Psicológico*”. Dou o meu livre consentimento para o referido estudo. Declaro ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura da entrevistada

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE F – AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS PESSOAIS

AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS PESSOAIS

**Pesquisa: Gestações subsequentes à perda perinatal:
Análise dos resultados de um Programa de Pré-natal Psicológico**

Eu, _____.

Portadora da Carteira de Identidade Nº _____.

CPF Nº _____.

Residente à _____

Na cidade de _____ Estado de _____.

Responsável legal pelo (a) menor _____.

Nascido (a) no Hospital _____.

Autorizo expressamente, ciente dos termos do inciso X, Art. 5 da Constituição Federal¹⁵ vigente, o uso das imagens audiovisuais e fotográficas e das expressões pessoais, gravadas para fins específicos de estudos científicos. Estou ciente dos riscos da pesquisa e que os áudios e vídeos produzidos serão armazenados sob sigilo e destruídos conforme o prazo da conclusão da pesquisa. Para tanto, assino a presente autorização em duas vias de igual forma e teor perante as testemunhas abaixo identificadas.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

¹⁵ <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10730704/inciso-x-do-artigo-5-da-constituicao-federal-de-1988>

ANEXO A – ESCALA DE LUTO PERINATAL -VERSÃO PORTUGUÊS

Escala de Luto Perinatal -Versão Português

Instruções: Leia cada afirmação e circule o número que indica como você se sente neste momento em relação à perda do bebê.

Não há respostas certas ou erradas.

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	Sinto-me depressiva	1	2	3	4	5
2	Sinto um vazio dentro de mim	1	2	3	4	5
3	Sinto necessidade de falar sobre o bebê	1	2	3	4	5
4	Estou de luto pelo bebê	1	2	3	4	5
5	Estou assustada	1	2	3	4	5
6	Sinto muita falta do bebê	1	2	3	4	5
7	É doloroso relembrar memórias da perda	1	2	3	4	5
8	Fico incomodada quando penso no bebê	1	2	3	4	5
9	Choro quando penso no bebê que perdi	1	2	3	4	5
10	O tempo passa muito devagar desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
11	Sinto-me muito só desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
12	Acho difícil me relacionar com certas pessoas	1	2	3	4	5
13	Não consigo dar conta das minhas atividades habituais	1	2	3	4	5
14	Tenho pensado em suicídio desde a perda	1	2	3	4	5
15	Sinto que me adaptei bem à perda	1	2	3	4	5
16	Já decepcionei outras pessoas desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
17	Irrito-me com amigos e parentes mais do que devia	1	2	3	4	5
18	Às vezes sinto que preciso de aconselhamento profissional para me ajudar a retornar à	1	2	3	4	5

	minha vida normal					
19	Parece que somente existo e não estou viva de verdade desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
20	Sinto-me um tanto afastada e distante, mesmo entre amigos	1	2	3	4	5
21	Tem sido difícil tomar decisões desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
22	É ótimo estar viva	1	2	3	4	5
23	Tomo remédios para os nervos	1	2	3	4	5
24	Sinto-me culpada quando penso no bebê	1	2	3	4	5
25	Sinto-me fisicamente doente quando penso no bebê	1	2	3	4	5
26	Sinto-me desprotegida num mundo perigoso desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
27	Tento rir, mas não acho graça de mais nada	1	2	3	4	5
28	A melhor parte de mim morreu junto com o bebê	1	2	3	4	5
29	Culpo-me pela morte do bebê	1	2	3	4	5
30	Sinto-me sem valor desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
31	É mais seguro não amar	1	2	3	4	5
32	Preocupo-me sobre como será o meu futuro	1	2	3	4	5
33	Ser uma mãe enlutada significa ser uma “cidadã de segunda classe”	1	2	3	4	5

ANEXO B – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO/EDPDS**Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo/EDPDS¹⁶**

Nome:

Idade da mãe:

Data:

Idade gestacional: _____ ou Idade do bebê: _____

Instruções: Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias. Não há respostas certas ou erradas.

Aqui está um exemplo:

Eu tenho me sentido feliz:

- () Sim, o tempo todo
- (X) Sim a maior parte do tempo
- () Não, não muito frequentemente
- () Não, de maneira alguma

Isto significaria: “Eu me senti feliz a maior parte do tempo durante a última semana”.

Complete o restante do questionário da mesma forma.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- 0 Como eu sempre fiz
- 1 Não tanto quanto antes
- 2 Sem dúvida, menos que antes
- 3 De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- 0 Sim, como de costume
- 1 Um pouco menos que de costume
- 2 Muito menos que de costume
- 3 Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- 0 Não, de jeito nenhum
- 1 Raramente
- 2 Sim, às vezes
- 3 Sim, muito frequentemente

¹⁶ COX, J. & HOLDEN, J. (2003). Perinatal Mental Health: A guide to the Edinburgh Postnatal.

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- 3 Sim, muito seguido
- 2 Sim, às vezes
- 1 De vez em quando
- 0 Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- 3 Sim, muito seguido
- 2 Sim, às vezes
- 1 Raramente
- 0 Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- 3 Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- 2 Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- 1 Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- 0 Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- 3 Sim, na maioria das vezes
- 2 Sim, algumas vezes
- 1 Raramente
- 0 Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

- 3 Sim, na maioria das vezes
- 2 Sim, muitas vezes
- 1 Raramente
- 0 Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- 3 Sim, a maior parte do tempo
- 2 Sim, muitas vezes
- 1 Só de vez em quando
- 0 Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma

- 0 Sim, muitas vezes
- 1 Às vezes
- 2 Raramente
- 3 Nunca

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos resultados de um Programa de Pré-Natal Psicológico como intervenção às gestações subsequentes às perdas fetais.

Pesquisador: MARLEY CARVALHO FEITOSA MARTINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41368720.8.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.492.386

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1678069 de 28/12/2020)

Quando as mulheres engravidam buscam na assistência uma compreensão ampla e abrangente da sua situação, pois, para elas e suas famílias, o ciclo gravídico-puerperal é único e carregado de fortes emoções. A experiência vivida nesse momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas. Portanto, a preocupação com a segurança na atenção materna deve incluir também os aspectos emocionais,

humanos, culturais e sociais envolvidos, prevalecendo uma concepção multidimensional (ANVISA, 2014). O sofrimento psíquico durante a gestação pode aumentar o risco de depressão perinatal e a vulnerabilidade materna para infecção e doenças pré-natais, e por consequência, afetar o desenvolvimento fetal (LEBEL et al. 2020). Situações de estresse, como a vivência pregressa de perda fetal, podem alterar as respostas imunes na

interface materno-fetal e afetar o bem-estar das mães e bebês. O risco pode estar relacionado a ansiedades e preocupações com a saúde fetal, agravado por consequências de medidas preventivas, como falta de apoio do parceiro ou de suporte familiar e insatisfação com o nível de assistência recebida nos cuidados pré-natal, no período intraparto e pós-natal (THAPA, et al.,

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com