

Andrielly Cavalcante Fonseca¹
Glenda Agra¹
Monique Pereira da Silva¹
Maria Clara Soares Dantas¹
Edlene Régis Pimentel¹
Alyne Mendonça Saraiva Nagashima¹
Edmundo de Oliveira Gaudêncio²

¹Unidade Acadêmica de Enfermagem,
Centro de Educação em Saúde,
Universidade Federal de Campina Grande,
Brasil.

²Unidade Acadêmica de Medicina, Centro
de Educação em Saúde, Universidade
Federal de Campina Grande, Brasil.

✉ **Glenda Agra**

R. Nicola Porto, 251, Manaira, João
Pessoa, Paraíba
CEP: 58038-120
✉ g.agra@yahoo.com.br

Submetido: 26/03/2023
Aceito: 08/08/2023

RESUMO

Introdução: O luto perante a morte perinatal é específico e diferente de uma perda real, uma vez que a mãe nunca conheceu o objeto do seu luto e a morte repentina do bebê representa também a perda de uma identidade maternal. É neste momento, após o conhecimento de que algo que não aconteceu, que as expectativas e os desejos de gerarem uma vida ficam proibidos, e o sofrimento e a reação à perda tomam repercussões. **Objetivo:** Investigar as vivências de mães em luto perinatal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com mulheres em luto perinatal acompanhadas pela equipe multiprofissional de uma maternidade pública da Paraíba, com idade maior ou igual a 18 anos. Utilizou-se a saturação dos dados para o fechamento amostral. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Participaram das entrevistas 18 mulheres em luto perinatal. A partir dos discursos das mulheres enlutadas foi possível elaborar duas categorias temáticas: categoria temática 1 – processo de enlutamento; e categoria temática 2 – processo de cuidar à parturiente. **Discussão:** De forma geral, observou-se que a maioria das mulheres elaborou a perda de seus bebês, atravessou o trabalho de luto, experimentando sentimentos de choque, negação, culpa, ambivalência, e, com isso, resignificando suas dores, contudo, outras mulheres não conseguiram elaborar a perda do bebê morto. No que se refere ao processo de cuidar, observou-se, de forma geral, uma lacuna na assistência humanizada às mulheres, sobretudo no período intraparto e puerperal. **Conclusão:** Consideram-se urgente a elaboração e a implantação de uma política pública voltada para o luto perinatal, desde o puerpério imediato até o seu retorno domiciliar, a fim de assistir às mulheres no período puerperal, considerado o mais difícil no processo de enlutamento.

Palavras-chave: Mulheres; Luto; Morte Perinatal.

ABSTRACT

Introduction: Mourning perinatal death is specific and different from a real loss, since the mother never knew the object of her grief and the sudden death of the baby also represents the loss of a maternal identity. It is at this moment, after knowing that something did not happen, that the expectations and desires to generate a life are prohibited, and the suffering and the reaction to the loss take on repercussions. **Objective:** To investigate the experiences of mothers in perinatal mourning. **Method:** This is an exploratory research, with a qualitative approach, carried out with women in perinatal mourning accompanied by the multidisciplinary team of a public maternity hospital in Paraíba, aged 18 years or more. Data saturation was used for sample closing. Bardin's Content Analysis technique was used for data analysis. **Results:** 18 women in perinatal mourning participated in the interviews. From the speeches of the bereaved women, it was possible to elaborate two thematic categories: thematic category 1 – process of mourning; and thematic category 2 – process of caring for the parturient woman. **Discussion:** In general, it was observed that most women elaborated the loss of their babies, went through the work of mourning, experiencing feelings of shock, denial, guilt, ambivalence, and, with that, resignifying their pain, however, other women were unable to work through the loss of the dead baby. With regard to the care process, there was, in general, a gap in humanized care for women, especially in the intrapartum and puerperal period. **Conclusion:** It is considered urgent to elaborate and implement a public policy aimed at perinatal mourning, from the immediate puerperium to your return home, in order to assist women in the puerperal period, considered the most difficult in the grieving process.

Key-words: Women; Bereavement; Perinatal Death.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período complexo na vida da mulher em que apresenta alterações biopsicossociais, que vão se intensificando de acordo com o período gestacional.¹ Contudo, existem fatores de riscos e complicações obstétricas que podem ser potencialmente fatais ao feto, tais como comorbidades, hemorragias, infecções, baixo peso ao nascer, eclampsia, prematuridade, ausência do pré-natal, os quais impedem a concretização das expectativas e podem levar à morte perinatal.²

A morte perinatal é um importante indicador de saúde materno infantil, devido à maioria dos casos de óbitos perinatais serem evitáveis e estarem relacionados às vulnerabilidades sociais, que podem levar a complicações obstétricas, com desfecho de óbito perinatal.³

Nesse sentido, vale ressaltar que entre os anos de 2016 e 2020, o Brasil apresentou um total de 175.077 óbitos infantis e uma TMI média de 12,23 para cada mil nascidos vivos. Nesse mesmo período, na região Nordeste foram notificados 31.347 óbitos em menores de um ano, apresentando uma 13,73, acima da média nacional.⁴

Quando existe a morte perinatal, os pais enfrentam um processo de luto muito sofrido diante da perda do filho desejado. Para que ocorra o processo de elaboração de luto e ressignificação da perda, é fundamental que os pais tenham liberdade para viver e expressar o seu pesar, a dor da perda e o luto. Para isso, faz-se necessário que recebam atenção qualificada e suporte de profissionais de saúde que os acompanham nesse momento.⁵

O luto perinatal é uma etapa vivenciada com intensa frustração de expectativas que envolviam à gestação e que pode levar ao sofrimento intenso para aqueles que o vivenciam. Muitas vezes, os pais, sobretudo, as mães podem desenvolver transtornos psicológicos, tais como síndrome do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático e depressão.⁶

Os transtornos mentais, no período gestacional, são bastante prevalentes e comuns, e múltiplos fatores de risco estão envolvidos em sua gênese, mas ainda são subdiagnosticados.⁷ Durante o pós-parto, pesquisadores referem que 11% das mães de recém-nascidos saudáveis desenvolvem sintomas de depressão dentro de 72 horas após o nascimento⁸ e que após seis semanas estas são rastreadas também para sintomas de estresse traumático e/ou ansiedade.⁹ No período pós-parto, é fundamental reconhecer que existe um risco aumentado de sofrimento, principalmente entre mulheres com fetos com confirmação de malformações, em que estes serão hospitalizados após o nascimento e também daquelas que tiveram óbito neonatal. Portanto, a identificação

precoce de sofrimento psicológico nesse período e encaminhamento para provedores de cuidados de saúde mental dentro do ambiente obstétrico são essenciais.¹⁰

Lidar com a morte é um desafio na atenção obstétrica, logo, compreender e problematizar essas questões é essencial para que o cuidado seja alicerçado nos direitos das mulheres e na integralidade da atenção, garantindo a elas e a seus familiares o atendimento de suas necessidades.¹¹

Além disso, também é possível observar a ausência de espaços nos processos de formação acadêmica e de educação permanente no sentido de pensar e problematizar as práticas de cuidados de enfermagem no âmbito dos casos de morte perinatal e luto perinatal.¹²

Observa-se a escassez de estudos que avaliem o impacto da comunicação de óbito perinatal nos diferentes períodos da gestação e no puerpério,¹³ o que demonstrou estímulo para o desenvolvimento deste estudo, o qual se mostra relevante devido à grande valia em investigar as experiências vivenciadas pelas mães quando informadas sobre o óbito perinatal, bem como os cuidados voltados para esse momento de sofrimento psicoemocional, de forma a ajudar os enfermeiros obstetras a adquirirem condutas que vão ao encontro dos cuidados adequados às mulheres em luto perinatal, tais como acolhimento das emoções e sentimentos, escuta ativa compassiva e suporte psicoemocional a essas mulheres.

Com base nessas reflexões, emergiu o seguinte questionamento: quais as vivências de mães em luto perinatal? Dessa forma, este estudo tem como objetivos investigar as vivências de mães em luto perinatal, bem como os cuidados voltados para esse momento de sofrimento psicoemocional.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa realizada na Maternidade Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida (ISEA), localizada em Campina Grande, na Paraíba (PB). O ISEA realizou mais de 6.500 atendimentos somente nos três primeiros meses de 2023. Foram assistidas durante este período gestantes que precisaram utilizar os serviços de urgência e emergência da instituição ou serviços de rotina. Foram no total 2.154 mulheres atendidas em janeiro, 1.958 em fevereiro e 2.474 no mês de março. O ISEA completa neste ano de 2023, 72 anos de fundação e continua sendo a maior maternidade pública do estado da Paraíba, sendo referência em atendimento a gestantes de alto risco para 172 cidades paraibanas, oferecendo os mais diversos serviços no atendimento às gestantes e puérperas nas áreas de ginecologia, obstetrícia e pediatria. O hospital também possui o setor do Pré-Natal de Alto Risco e o Ambulatório, local destinado ao atendimento geral dos recém-nascidos com sala de vacinação, salas para os testes do pezinho,

orelhinha, linguinha, coração e ouvido, ultrassonografia e consultórios médicos para os acompanhamentos de rotina dos bebês. No final de 2022, após nova avaliação do Ministério da Saúde, o ISEA manteve o selo/título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e de Cuidado Amigo da Mulher (CAM).¹⁴

Participaram desta pesquisa mulheres em luto perinatal. Para selecionar as participantes, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou maior que 18 anos, que vivenciaram morte perinatal e/ou que estavam vivenciando o luto perinatal, residentes e domiciliadas em Campina Grande/PB. E como critérios de exclusão, mulheres que apresentassem alguma alteração na cognição, memória e fala. Foi adotado o critério de saturação para o fechamento amostral.¹⁵

O instrumento utilizado foi um formulário semiestruturado, composto por dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos das mulheres e perguntas subjetivas relacionadas à morte e luto perinatal, que visaram atender aos objetivos do estudo e que serviram de norte para uma entrevista, tais como: "1) fale sobre suas vivências desde a morte de seu/sua filho(a) até agora; 2) fale sobre o impacto que a morte de seu/sua filho(a) causou em sua vida; 3) fale sobre as mudanças que ocorreram na sua vida depois da morte de seu/sua filho(a); 4) fale sobre os seus sentimentos desde a morte de seu/sua filho(a) até agora; 5) fale sobre as dificuldades enfrentadas desde o diagnóstico da morte de seu filho(a) até agora; e 6) fale sobre os apoios que recebeu desde a morte de seu/sua filho(a) até agora.

A coleta de dados foi realizada durante o período de dezembro de 2021 a maio de 2022. Em consulta ao livro de óbitos perinatais, foram encontrados 138 prontuários de mulheres com óbito fetal no período de janeiro a novembro de 2021 (73 óbitos em UTI neonatal e 65 em sala de parto). A partir desses prontuários, entrou-se em contato telefônico com as mulheres que residiam em Campina Grande, contudo, houve fatores limitantes na busca dessas mulheres, tais como: telefones que não correspondiam aos dados cadastrais (61); outros fora de área (24); outros não completavam a ligação (21).

Vale ressaltar que o ISEA não tinha um sistema informatizado para as notificações de óbitos perinatais até o final da coleta de dados desse estudo. Além disso, cabe mencionar que os prontuários apresentavam documentos com dados sociodemográficos incompletos, ou rasurados, ou com letras ilegíveis. No tocante aos números de telefones, havia alguns prontuários com observações mencionando que os números ali registrados eram do marido, ou da mãe, ou da vizinha.

Aquelas mulheres que houve sucesso no contato telefônico, foi feito o convite, a explicação sobre a pesquisa, bem como a disponibilidade para a entrevista. Depois desse contato prévio, algumas não desejavam participar da pesquisa (7); outras desistiram da

pesquisa momentos antes de serem entrevistadas (4) e outras não atendiam mais as ligações (3). É importante enfatizar que as mulheres que não desejaram participar da pesquisa ou desistiram momentos antes, relataram que a perda do(a) filho(a) ou a negligência por parte dos profissionais de saúde durante o processo de parto e do puerpério foi indelével e, que falar sobre o tema era reviver lembranças de sofrimento intenso.

Por fim, a amostra final encontrada foi de 18 mulheres. O dia e a hora para a realização das entrevistas foram previamente agendados com participantes. As entrevistas ocorreram em domicílio, conforme a demanda das participantes, com duração, em média, de 30 minutos, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas para a análise dos dados.

Para analisar os dados foi adotada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin.¹⁶ Na pré-análise, encontraram-se as unidades de registro, e, com isso, as unidades de contexto. Depois foram realizados os recortes, a forma e a modalidade de codificação. A partir disso, os conceitos que abrangeriam a discussão, nesse caso, a Psicanálise. Na exploração do material, fez-se a classificação e agregação dos dados, e, com isso, a escolha das categorias. No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, realizaram-se inferências e interpretações, em sua maioria, de acordo com os pressupostos psicanalíticos. A categorização foi realizada por dois pesquisadores. Os casos de dúvida foram resolvidos por consenso entre os demais pesquisadores.

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande/PB, com número de protocolo 5.139.762 e CAAE 52712221.0.0000.0154, e obedeceu à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos,¹⁷ bem como à Resolução nº 564/2017, do Conselho Federal de Enfermagem, que trata da reformulação do Código de Ética Profissional.¹⁸

Frente à pandemia da Covid-19, no intuito de proteger pesquisadora e as participantes, foram utilizadas máscaras cirúrgicas descartáveis durante as entrevistas. Além disso, foi disponibilizada máscara cirúrgica descartável para as participantes, álcool à 70% para higienização das mãos e desinfecção da caneta para assinatura do TCLE logo após o uso, além de respeitada a distância mínima de 1,5 metros entre a pesquisadora e as participantes, conforme protocolos de biossegurança.¹⁹

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa dezoito mulheres

que vivenciaram óbito perinatal na Maternidade Instituto Elpídio de Almeida em Campina Grande- PB. As participantes tinham idades entre 18 e 46 anos (média de 28 anos) e vivenciaram a perda perinatal aproximadamente a partir da 9ª semana de gestação até 20 dias de nascido vivo, distribuídas da seguinte forma: nove natimortos, sete mortes neonatais (sendo uma gestante de gêmeos, ambos em óbito) e três abortos. De acordo com as participantes, nove planejaram a gestação e as outras nove não planejaram. No entanto, as nove participantes que afirmaram não terem planejado a gestação, expressaram desejo em ter a criança.

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

Categoria temática 1: processo de enlutamento

Subcategoria 1: luto antecipado

O luto antecipatório é definido como um conjunto de processos deflagrados pelo paciente e pela família a partir da progressiva ameaça de perda; além de ser um processo ativo psicossocial empreendido pela família e pelo paciente entre o diagnóstico e a morte propriamente dita.²⁰ A partir das falas das participantes, observa-se que elas se encontravam, em algum momento da gestação, em processo de luto antecipatório.

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

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

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

O luto antecipatório serve como fator protetivo à

psique humana, uma vez que há tempo para elaboração da perda, redução de danos no que se refere ao sofrimento psíquico e reorganização de sentimentos,²¹ como foi possível observar no discurso de Amor-perfeito que verbalizou o impacto que teve ao presenciar o filho morto, mas que foi amenizado devido ao tempo que teve para reorganizar os sentimentos.

Subcategoria 2: trabalho de luto

Para Freud,²² o processo de luto denomina-se de 'trabalho de luto', conceituado como processo intrapsíquico, consecutivo à perda de um objeto de afeição, e pelo qual o sujeito consegue progressivamente desapegar-se.²³

Durante o trabalho do luto, o enlutado pode apresentar algumas emoções, sentimentos e condutas relacionadas à pessoa perdida, que podem ser didaticamente denominadas de etapas ou fases do luto.^{20,24-28} A partir das narrativas das participantes, é possível observar tais etapas do luto, como se pode constatar:

Choque

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

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

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

A fase de choque abrange as reações que ocorrem imediatamente após o falecimento, podendo durar de algumas horas a aproximadamente uma semana. Nesse momento, o enlutado frequentemente fica em choque e tem dificuldade para acreditar que aquilo está acontecendo, fica aturrido.^{20,24-28}

Negação

Não queria acreditar de jeito nenhum. Desde o dia do sangramento, eu não queria acreditar. Quando

a médica me disse que eu já tinha perdido, fiquei abalada, muito triste. Eu chorava e falava dizendo que não tinha perdido. Pedi pra médica fazer o ultrassom direito. E ela confirmou que realmente eu tinha perdido (Rosa).

Foi muito ruim a perda do meu bebê, porque tinha sido planejado. Ainda estou em tratamento psiquiátrico e com psicóloga. É uma dor grande. A gente saber que um ser tão desejado não está conosco é muito ruim. Eu não consigo entender por que isso aconteceu. Eu não consigo nem acreditar ainda (Tulipa).

No discurso de Rosa pode-se constatar a negação da morte fetal, quando ela insiste em não acreditar mesmo com o resultado da ultrassonografia realizada duas vezes consecutivas pela médica. Já no caso de *Tulipa*, observa-se que a negação perdurou durante todo o puerpério.

Na fase da negação, observa-se uma grande dificuldade em entender e aceitar o que aconteceu. A dor da perda é tão grande que não é considerada real. A perda parece impossível nesse momento, ao ponto de o sujeito não ser capaz de acreditar.^{20,24-28}

Culpa

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

Até hoje eu fico pensando o porquê que isso aconteceu, eu ia para as consultas, fazia tudo direitinho, eu fiquei internada sete dias no hospital pra controlar a diabetes e começar a tomar o remédio. Fico pensando: o que eu fiz de errado? (Azaleia)

É possível observar que Lótus e Azaleia se sentem culpadas ou procuram sentir culpa pela morte de seus bebês. Provavelmente, esse sentimento esteja relacionado com o reencontro de seus medos e de suas fantasias hostis autodirigidas.²⁹

As reações de culpa podem ser compreendidas à luz dos acontecimentos que antecederam a morte do familiar e das relações ambivalentes que não puderam ser resolvidas antes do falecimento. Tal situação evidencia ações ou omissões, entendidas como passíveis de causar dano ao familiar.^{20,24-28}

Ambivalência

Esquecer, eu nunca vou esquecer. Sempre estou lembrando [...] você não esquece. Até hoje, não

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

É um misto de sentimentos [...] tinha dia que eu conseguia me sentir feliz, porque eu me tornei mãe, independente de ter perdido. Mas, sempre ficava pensando "como seria ela? Como ela estaria agora?" Sempre vai existir esse vazio. (Lótus)

A fala de Jasmim sobre "sempre estar lembrando da sua bebê morta e que visualiza nas duas filhas – vivas – a filha morta" é um processo que oscila entre a aceitação da perda iminente e os sentimentos de negação, também denominado de ambivalência. Já Lótus mostra a aceitação de ter gestado e parido, e, por isso, válida o sentimento de ser mãe, contudo, ainda imagina como seria sua filha atualmente.

Essa fase, também conhecida por fase de anseio e busca da figura perdida, o enlutado começa a perceber o falecimento como real e dura meses ou anos. Essa percepção gera desânimo e, por isso, há momentos de aflição e choro. É comum a sensação de que o morto ainda está presente, o que pode fazer a pessoa em luto interpretar alguns sinais como indicativos de seu retorno.^{20,24-28}

Aceitação

Era um grande sonho meu ser mãe. Eu vivi isso, eu tive um parto, eu gerei, eu senti mexer e tudo. E me tornei mãe, eu sou mãe! Tem dias que você acorda triste, você sente falta do que não viveu, é uma saudade [...]. (Lótus)

Não vou dizer que eu não sofri, porque uma mãe que perde um filho é uma coisa que não cicatriza nunca mais! Porém, você aprende a conviver com a perda. Tudo na vida é uma experiência. Na hora da morte foi um sentimento de muita dor. A partir daquele momento você não vai ter mais ele em seus braços, você não vai poder mais sentir, tocar, falar, mostrar todo o amor que você tem. Mas, depois, você para, pensa e agradece por não ter deixado ele sofrer mais. (Orquídea)

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

mais espiritualizadas.

A fase da aceitação é caracterizada quando o enlutado começa a definir novos objetivos para sua vida, mesmo na ausência da pessoa perdida e se readaptar ao cotidiano. A partir desse momento, ocorre a interiorização daquele que morreu e este passa a ser lembrado com tranquilidade, tanto ligado às emoções de alegria quanto de tristeza, mas é um tipo diferente de tristeza – falta o aspecto doloroso que havia antes.^{20,24-28}

Subcategoria 3: luto mal elaborado

O processo de luto em decorrência da morte fetal/perinatal é confuso para a mulher, uma vez que ela não sabe exatamente o que perdeu quando seu bebê morre antes de nascer e/ou morre ao nascer,²² como pode ser visto na narrativa abaixo:

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

Não foi fácil e nem está sendo fácil pra mim, porque esse mês, no dia 24 (de janeiro de 2021), vai fazer um ano que ela nasceu morta. Para mim, é como se ela não tivesse morrido, eu sinto como se ela tivesse viva [...] Era um sonho ter aquele bebê! Quando cheguei em casa e vi o quarto [...] que eu já tinha preparado, não aguentei. Fui para psicóloga e ela perguntou se eu queria me desfazer das coisas. Eu falei que não; que eu pretendo engravidar e se for uma menina já vai tá tudo pronto [...]. Quando limpo a casa, limpo o meu quarto e o dela também. (Angélica)

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

O processo de luto descrito por Freud envolve o reviver de memórias referentes à pessoa morta,²²

aspecto que se revela complexo numa situação de perda fetal/perinatal, onde o confronto com o bebê real não chegou a ocorrer. Aqui, o processo de luto vai envolver sobretudo a elaboração das fantasias associadas ao bebê na ausência do mesmo.²⁹

Quando a elaboração psíquica desse bebê morto se tornar possível (sepultar dentro de si o bebê morto), pode haver uma reconstrução psíquica.²⁹ Soubiex enfatiza que o luto fetal/perinatal é paradigmático,³⁰ uma vez que o processo é relembrado, revivido e prossegue durante os acontecimentos da vida, tais como datas de aniversário, sobretudo nas próximas gravidezes (tanto da mulher enlutada como de pessoas próximas), como se observou na fala de Papoula.

Categoria temática 2: processo de cuidar à parturiente

Subcategoria 1: cuidado autêntico

Em relação ao cuidado autêntico, pode-se defini-lo como o cuidado embasado nos conceitos de liberdade com responsabilidade e da adoção de atitudes éticas pautadas na tolerância, na compreensão e na solidariedade,³¹ como se observa na narrativa da participante:

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

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

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

Pelo depoimento, destaca-se a importância da sensibilidade e empatia das enfermeiras em facilitar

o primeiro contato com o filho morto, para que este fosse um momento digno, significativo e facilitador do enfrentamento do luto. A orquestração da morte do bebê morto possibilita um tempo para a despedida e, até mesmo, para o alívio momentâneo de sua dor.

Os rituais de despedida com o bebê morto são de extrema importância para elaboração do luto. Ver o bebê, nomeá-lo, ter contato e guardar lembranças da criança são passos para reconhecimento que ocorreu a morte, desmistificar a lembrança do bebê imaginário e viver o bebê real.³² A facilitação da orquestração da morte pelas enfermeiras possibilitou Angélica e Dália incorporarem seus filhos mortos e, com isso, iniciarem seus trabalhos de luto.

Subcategoria 2: cuidado inautêntico

O processo de trabalho de uma equipe de saúde é considerado complexo, devido à necessidade de desempenho de atividades assistenciais e gerenciais, determinando a tomada de decisão adequada e rápida.³³ Isso contribui para que na assistência à saúde as atividades sejam organizadas apressadamente, de modo a tornarem-se indiferentes e isso ocasiona o esquecimento-do-ser.³⁴ Esse esquecimento-do-ser é uma característica do cuidado inautêntico,³⁴ observados nas atitudes profissionais e gerenciais no entorno do processo gravídico-puerperal, a partir dos relatos das participantes:

Fragilidade no acolhimento e na escuta empática

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

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

A partir dos relatos de Lótus e Amor-perfeito, percebe-se que a equipe de saúde não cumpriu com os determinantes da Política Nacional de Humanização,³⁵ da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Rede Cegonha quando não realizaram acolhimento,^{36,37} escuta empática, esclarecimentos sobre o processo de parturção e puerpério das participantes.

Desse modo, o sentido do cuidado na perspectiva da autenticidade, a partir da assistência da equipe de

saúde relatada pelas participantes demonstrou um cuidado inautêntico, ou seja, os profissionais atuaram sob o paradigma tecnicista, cartesiano e biomédico da assistência em saúde.

Fragilidade na assistência durante o trabalho de parto

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

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

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

Outra atitude de cuidado inautêntico é observada por meio da fala de Dália, quando relata a comunicação da morte neonatal pelas médicas obstetras de forma austera e quando percebe a desdenha das profissionais no momento do nascimento do filho morto.

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

Fragilidade gerencial

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

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

A partir dos relatos das participantes, observa-se que a gestão hospitalar não está atuando conforme a Portaria nº 2.068/2016,³⁸ que estabelece a alocação de mães que tiveram perdas gestacionais e/ou neonatais em espaços distintos daquelas que estão em alojamento conjunto.

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

Parece haver, aqui, a validação, por parte da maternidade, do luto não autorizado das participantes ao encaminhá-las e mantê-las em ambiente impróprio para a elaboração dos seus lutos. O luto não autorizado é toda e qualquer situação de luto que não pode ser socialmente sancionada, reconhecida abertamente ou expressa publicamente.³⁹

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

Nesse sentido, vale enfatizar que humanizar é apropriar-se de uma nova percepção do fazer em saúde, pela ampliação do modelo biomédico, ao mudar a visão do paciente como objeto de sua intervenção em razão de uma percepção legítima e ampliada do ser humano com suas necessidades, sentimentos e dimensões biopsicossociais, culturais e econômicas.⁴⁰

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a compreensão e aproximação da vivência de mulheres em luto perinatal e a singularidade do processo de luto, tal como luto antecipatório, que possibilitou reorganização dos sentimentos das participantes.

Além disso, as participantes atravessaram o trabalho de luto e experimentaram emoções e sentimentos de choque, negação, culpa, ambivalência e aceitação, típicos do luto antecipatório e do processo de luto bem elaborado. Foi possível constatar que algumas participantes não conseguiram elaborar a perda e, a

partir disso, desencadeou-se o luto prolongado. Vale ressaltar que o luto é um processo complexo e individual; que as fases ora enfatizadas não são necessariamente vivenciadas na ordem descrita e nem acontecem obrigatoriamente por todas as pessoas. Contudo, o cuidado prestado pelo profissional pode impactar na elaboração do luto.

Nesse sentido, evidenciou-se que a equipe de saúde apresentou potencialidades e fragilidades no processo de cuidar à parturiente, caracterizados por cuidados autênticos e inautênticos. Na perspectiva da autenticidade, os cuidados prestados foram embasados pela ética, solidariedade, empatia com as participantes diante de complicações gestacionais, assim como a sensibilidade de envolver as participantes na orquestração da morte dos filhos. Já na perspectiva da inautenticidade, algumas condutas realizadas pelos profissionais de saúde foram caracterizadas pela comunicação ineficiente, fragilidade no acolhimento e na escuta empática, bem como na instrumentalização do cuidado de forma austera.

Um aspecto que merece atenção é a urgência em criar espaços específicos e reservados para as puérperas enlutadas, por parte da maternidade, que ainda encaminha e mantém essas mulheres nas mesmas enfermarias em que se encontram mães em alojamento conjunto. Essa atitude não se coaduna com as políticas nacionais de atenção à mulher que vivencia o luto perinatal, bem como é fator agravante para elaboração da perda e trabalho de luto perinatal.

Sugere-se que a maternidade inclua na educação permanente dos profissionais de saúde aulas sobre comunicação de notícias difíceis, sobretudo de mortes fetais e neonatais e orquestração da morte fetal e neonatal, com o objetivo de investigar as fragilidades do serviço. Além disso, a disponibilização de doulas do nascimento e doulas da morte para acompanhar as mulheres com fetos viáveis e/ou natimortos em processo de parturição, de forma a melhorar a assistência.

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

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

AGRADECIMENTOS

Às mulheres enlutadas que aceitaram participar da pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum.

REFERÊNCIAS

- Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o período gestacional. *Id online Rev Mult Psic.* 2020; 14(49):114-26. doi: 10.14295/online.v14i49.2324
- Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(1):e00188016. doi: 10.1590/0102-311X00188016.
- Anúnciação PS, Lamy ZC, Pereira MUL, Madeira HGR, Loyola CD, Gonçalves LLM et al. Revés de um parto: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. *Cad Saúde Pública.* 2019; 34(12):e00190517, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190517>.
- Araújo RF, Costa KKD, Silva FMF, Diniz CR, Alves MM. Índice de mortalidade infantil no Nordeste brasileiro entre 2015 e 2017. *Rev Enferm Dig Cuid Prom Saúde.* 2020; 5(1):9-23. doi: doi.org/10.5935/2446-5682.20200005
- Pereira MUL, Gonçalves LLM, Loyola CMD, Anúnciação PS, Dias RS, Reis IN et al. Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos. *Rev Paul Pediatr.* 2018; 36(4):422-27. doi: doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;4;00013.
- Laguna TFS, Lemos APS, Ferreira L, Gonçalves CS. O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. *Research, Society and Development.* 2021; 10(6):e5210615347. doi: doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15347.
- Fonseca-Machado MO, Monteiro JC, Haas VJ, Abrão AC, Gomes-Sponholz F. Violência por parceiro íntimo e transtornos ansiosos na gestação: importância da formação profissional da equipe de enfermagem para o seu enfrentamento. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(5):855-64. doi: doi.org/10.1590/0104-1169.0495.2624
- Elisei S, Lucarini E, Murgia N, Ferranti L, Attademo L. Perinatal depression: a study of prevalence and of risk and protective factors. *Psychiatr Danub.* 2013 25(Suppl 2):S258-62.
- Cherry AS, Blucker RT, Thornberry TS, Hetherington C, McCaffree MA, Gillaspay SR. Postpartum depression screening in the neonatal intensive care unit: program development, implementation, and lessons learned. *J Multidiscip Healthc.* 2016; 9:59-67. doi: doi.org/10.2147/JMDH.S91559
- Cole JCM, Oikkola M, Zarrin HE, Berger K, Moldenhauer JS. Universal postpartum mental health screening for parents of newborns with prenatally diagnosed birth defects. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2018; 47(1):84-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.04.131>
- Nuzum D, Meaney S, O'donoghue K. The impact of stillbirth on bereaved parents: a qualitative study. *PLoS One.* 2018; 13(1):e0191635. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>.
- Serafim TC, Camilo BHN, Carizanmi MR, Gervasio MDG, Carlos DM, Salim NR. Atenção à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021; 42:e20200249. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>.
- Cunha AC, Pereira JP Jr, Caldeira CL, Carneiro VM. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. *Estud Psicol.* 2016; 33(4):601-11.
- Chaves V. ISEA realiza mais de 6 mil atendimentos no primeiro trimestre de 2023 [Internet]. *Política na Paraíba;* 13 abr. 2023 [citado em 2023 abr. 2023]. Disponível em: <https://politicanaparaiba.com.br/isea-realiza-mais-de-6-mil-atendimentos-no-primeiro-trimestre-de-2023/>.
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008; 7(2):6-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: edições 70; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Brasília: 12 dez. 2012.
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. Brasília: 6 nov. 2017.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da Covid-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. Brasília, DF, 19 jun. 2020, Edição: 116, Seção: 1, p. 64.
- Cole JCM, Oikkola M, Zarrin HE, Berger K, Moldenhauer

20. Rando TA. Loss and anticipatory grief. Massachussets/Toronto: Lexington Books; 2000.
21. Bisotto LB, Cardoso NO, Argimon IIL. Luto antecipatório materno: uma revisão integrativa nacional. *Rev Nufen Phenom Interd.* 2021; 13(1):98-113. doi: <https://doi.org/10.26823/nufen.v13i1.19227>.
22. Freud S. Luto e melancolia. In: Freud S. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Rio de Janeiro: Imago; 1996.
23. Laplanche J. Vocabulário da psicanálise/Laplanche e Pontális. São Paulo: Martins Fontes; 2016.
24. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Americ J Psychiatry.* 1944; 101:141-8. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>.
25. Bowlby J. Formação de rompimentos dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes; 1982.
26. Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.
27. Worden JW. Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
28. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
29. Aguiar HC, Zornig S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos clin.* 2016; 21(2):264-81. doi: [doi: doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281](https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281).
30. Soubieux MJ. Le deuil après une mort prénatale: le deuil périnatal, un impensable à penser. *Le Carnet PSY.* 2014; 9(185):22-4. doi: [10.3917/lcp.185.0022](https://doi.org/10.3917/lcp.185.0022).
31. Gurgel AH, Soares E. Marcos conceituais na direção do cuidado: um estudo reflexivo do cuidado solidário de enfermagem. *Rev Anna Nery.* 2000; 4 (1):73-82.
32. Muza JC, Sousa EN, Arrais AR, Iaconelli V. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicol Teor Prat.* 2013; 15(3):34-48.
33. Santos AG, Monteiro CFS, Nunes BMVT, Benício CDAV, Nogueira LT. O cuidado de enfermagem analisado segundo a essência de Martin Heidegger. *Rev Cubana Enferm.* 2017; 33(3):158-71.
34. Heidegger M. Ser e tempo. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006.
35. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
36. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011e, Seção 1.*
38. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Instituem diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 167, 1 de set. 1993.*
39. Casellato GA. Luto não autorizado. In: Fukumitsu KO. Vida, morte e luto: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus; 2018. p. 207-215.
40. Cassiano AN, Araújo MG, Holanda CSM, Costa RKS. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. *Rev Pesquisa Cuidados Fundamentais.* 2015; 7(1):2051-60. doi: [10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2051-2060](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2051-2060).