



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E
INTERVENÇÃO EM SAÚDE**

MARIA CRISTINA GOMES DE SANTANA

**PERCEPÇÃO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE PERDA PERINATAL:
ACOLHIMENTO NA REDE DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

**SALVADOR - BAHIA
2024**

MARIA CRISTINA GOMES DE SANTANA

**PERCEPÇÃO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE PERDA PERINATAL:
ACOLHIMENTO NA REDE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia e Intervenções em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia e Intervenções em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Isabella Queiroz

**SALVADOR - BAHIA
2023**

Dedico esse trabalho ao amado ser que escolheu vim até a mim como filho, mesmo que brevemente, me conduzindo, algum tempo depois, a esse tema. Como também as minhas filhas companheiras, pelo presente da maternidade, e a todas as mulheres enlutadas que vivenciaram e vivenciam a dor da perda de um filho. Em especial, as participantes do presente estudo, pela confiança.

ANINHA E SUAS PEDRAS

*Não te deixes destruir...
Ajuntando novas pedras
e construindo novos poemas.
Recria tua vida, sempre, sempre.
Remove pedras e planta roseiras e faz doces.
Recomeça.
Faz da tua vida mesquinha um poema.
E viverás no coração dos jovens
e na memória das gerações que hão de vir.
Esta fonte é para uso de todos os sedentos.
Toma a tua parte.
Vem a estas páginas
e não entres seu uso aos que têm sede.*

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao universo pelo dom da vida e a oportunidade de uma caminhada como eterna aprendiz.

Em nome de Dra. Maria Luisa Soliani, agradeço à EBMSP, pela confiança, pelo estímulo, atenção, a oportunidade da qualificação profissional e apoio sempre recebido.

A Mônica Daltro pela parceria, força, suporte, por ter acreditado na minha capacidade, pelas ricas discussões que alimentaram este estudo e por não ter desistido de mim.

Sou muito grata à minha orientadora, Isabella Queiroz, que não só me orientou e conduziu com muita paciência, mas, também, me acolheu em momentos difíceis, acolhendo minhas dores esquecidas, que ressurgiram através das cicatrizes internas, as quais vieram, à luz, através desse trabalho.

As alunas de medicina Renata Amaral e Amanda Gouveia, que abraçaram comigo o meu tema, depositando confiança nas minhas ideias e orientação no TCC.

Às minhas colegas e amigas, Luiza e Celeste, pela honra de conhecê-las no mestrado e nos tornarmos parceiras de estudo e cúmplices, trazendo humor e leveza, até nos momentos mais desafiadores.

A Constança e Alice, por terem aceito meu convite como avaliadoras e suas importantes discussões na trilha da escrita, de forma tão cuidadosa e afetuosa.

Às amigas, que estão sempre ao meu lado, nos diferentes momentos da minha vida. Cada uma delas sabe o quanto me ajudou a chegar até aqui.

Expresso minha gratidão à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, pela parceria no estudo e por acreditar em sua relevância, e todas as mulheres participantes da pesquisa, sem elas esse trabalho não existiria.

Registro meu agradecimento à Dra. Lília Embiruçu que disponibilizou seu tempo e seu saber, em momentos cruciais e Aline Palmeira, minha gratidão pela disponibilidade generosa e feedbacks. Carlos Danon, obrigada pelas contribuições.

À coordenadora do curso de medicina Dra Ana Verônica e a Maria Antonieta pelo apoio.

À Dr David Nunes, que considero um anjo da guarda na minha trajetória terrena, por toda sua condução em ensinamentos, atenção, cuidado, suporte e parceria constante, meu eterno agradecimento.

Gratidão às mulheres fortes e determinadas da minha família, minhas mães e irmãs, pela inspiração e exemplos.

Um obrigada especial a Sônia e a meu cunhado Sales, pelo suporte, afeto, atenção e aos convites constantes para nossos encontros ao sabor do vinho, como renovação de energia e brinde a vida.

Aos meus sobrinhos(as), e, principalmente, às minhas filhas queridas e amadas, Laís e Laila, que tanto apoiaram com carinho e incentivo as minhas potencialidades, fazendo minha vida sempre mais feliz, me ajudando a chegar até aqui.

A Luck, meu filhinho pet, por estar sempre juntinho e pelo amor incondicional.

Agradeço às professoras e à minha turma de mestrado. Turma guerreira, desbravadora, querida, pelo nosso encontro e cumplicidade.

RESUMO

Introdução. Para muitas mulheres a maternidade ainda é uma meta a ser alcançada, onde a expectativa social gira em torno do nascimento, do começo de uma nova vida, na perspectiva da perpetuação da geração e da tradição familiar. Entretanto, existem situações em que ocorrem intercorrências no período gravídico puerperal que vem se opor a essa perspectiva. A morte, antagonicamente, é um evento que habita frequentemente as maternidades, superando dados estabelecidos pelas organizações de saúde, suprimindo bruscamente muitos anseios gerados durante a gestação. A dor da perda é para muitas mulheres a dor da morte de um sonho, como nos casos de inseminações sem êxito, ou de um filho, em qualquer período gestacional (mesmo em curto tempo existencial) acarretam desdobramentos de sofrimento para aqueles que gestam. A literatura especializada registra a ocorrência de mães que sofrem de algum transtorno psíquico, como ansiedade ou depressão, dentro de um ano após a perda, e podem desenvolver distúrbios psíquicos com capacidade para influenciar eventuais gravidezes posteriores e o relacionamento com o bebê seguinte. **Objetivo:** Conhecer a percepção de mulheres em relação às abordagens e condutas da equipe de saúde em um determinado distrito sanitário, diante do sofrimento psíquico, ocasionado pelas perdas perinatais, na cidade de Salvador- Ba. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, de narrativas com abordagem qualitativa descritiva. O referido estudo foi composto por mulheres que sofreram perda perinatal, no sistema público e/ou privado, que foram notificadas no Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS, de março de 2020 a novembro 2020, residentes em um Distrito Sanitário na cidade de Salvador – Bahia, sendo entrevistadas entre os meses de fevereiro e março de 2020, por meio da técnica de entrevista narrativa e análise de conteúdo. **Resultados:** Sob as perspectivas das mulheres, através de suas narrativas, organizou-se dois eixos temáticos: *1. Ação da Equipe e 2. A Experiência Materna*, onde foram englobadas as categorias: Habilidade Multiprofissional e Abordagens e condutas na pandemia. **Considerações Finais:** Constatou-se a necessidade de uma maior qualificação da assistência na rede de saúde, onde mulheres em sofrimento psíquico por perdas perinatais possam ser beneficiadas ao ser respeitadas em sua dor, auxiliando no processo de vivência e elaboração do luto, sendo acolhidas e escutadas empaticamente, dignamente diante da dor da morte.

Palavras-chave: Mortalidade Perinatal; Acolhimento; Luto; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Introduction. For many women, motherhood is still a goal to be achieved, where social expectation revolves around birth, the beginning of a new life, in the expectation of perpetuating the generation and family tradition. However, there are situations in which complications occur in the puerperal pregnancy period that oppose this perspective. In contrast, death is an event that frequently inhabits maternity hospitals, surpassing data established by health organizations, abruptly suppressing many anxieties generated during pregnancy. The pain of loss is, for many women, the pain of the death of a dream, as in cases of unsuccessful insemination, or of a child, in any gestational period (even in a short existential time) entailing unfoldings of suffering for those who are pregnant. The specialized literature records the occurrence of mothers who suffer from some psychological disorder, such as anxiety or depression, within a year after the loss, and may develop psychic disorders with the capacity to influence eventual subsequent pregnancies and the relationship with the next baby. Objective: To know the perception of women in relation to the approaches and conduct of the health team in a given health district, in the face of psychological suffering, caused by perinatal losses, in the city of Salvador-Ba. Methodology: This is an exploratory study of narratives with a descriptive qualitative approach. This study consisted of women who suffered perinatal loss, in the public and/or private system, who were notified in the Mortality Information System - SIM/MS, from March 2020 to November 2020, residing in the Sanitary District of Brotas in the city from Salvador - Bahia, being interviewed between the months of February and March 2020, through the technique of narrative interview and content analysis. Results: From the perspectives of women, through their narratives, two thematic axes were organized: 1. Team Action and 2. Maternal Experience, which included the categories: Multiprofessional Skill and Approaches and conducts in the pandemic. Final Considerations: There was a need for greater qualification of assistance in the health network, where women in psychological distress due to perinatal losses can benefit from being respected in their pain, helping in the process of experiencing and elaborating grief, being welcomed and heard empathically, with dignity, not only at birth, but also in the face of the pain of death.

Keywords: Perinatal Mortality; Reception; Mourning; Humanization of Assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Processo de Seleção das participantes	41
Quadro 2 - Caracterização das participantes	45
Figura 1 - Árvore temática 1, a partir das categorias 1 do discurso emergente das mulheres participantes e observações de análise.....	46
Figura 2 - Árvore temática 2, a partir da categoria 2 do discurso emergente das mulheres participantes e observações de análise.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CID 10	Código Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DS	Distrito Sanitário
DSBROT	Distrito Sanitário Brotas
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMS	Plano Municipal de Saúde
RC	Rede Cegonha
PNH	Política Nacional de Humanização
OMS	Organização Mundial de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
URs	Unidades de Registros
VIEP	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	11
1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo geral	14
2.2	Objetivos Específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Mortalidade Perinatal	15
3.2	Políticas Públicas na Assistência Nacional à Saúde da Mulher	19
3.3	Rede de Acolhimento e Humanização na Gestação e Nascimento	21
3.4	Pesquisa Nascer no Brasil: A Voz das Mulheres	24
3.5	Acometimento das Mulheres Grávidas pelo Covid-19 no Cenário Pandêmico	27
3.6	O Luto diante da Perda Perinatal	29
3.6.1	A conscientização da morte no ciclo da vida	29
3.6.2	Luto como forma de expressão da perda	31
3.6.3	Luto Perinatal	32
3.6.4	Posicionamento do profissional de saúde frente a comunicação da morte perinatal.....	34
3.6.5	Fluxo de Assistência à Mulher em Situação de Perda Perinatal	35
4	PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1	Desenho de Estudo	38
4.2	Local do Estudo	38
4.3	Participantes do Estudo	40
4.4	Coleta de Dados	40
4.5	Análise dos Dados	42
4.6	Aspectos Éticos	43
5	RESULTADOS	44
5.2	Artigo 1 - Atuação da equipe de saúde diante da perda perinatal na pandemia COVID-19: a percepção da mãe	48
5.2	Artigo 2 - Entre o gestar e morte perinatal:a fronteira simbólica no trabalho do luto	72
5.3	Artigo 3 - Humanização do cuidado à saúde da mulher diante da perda perinatal: fluxos e protocolos de atendimento ao luto na cidade de Salvador, Ba	98
5.4	Produção técnica áudio visual	122
6	DISCUSSÃO	133
7	LIMITAÇÃO DO ESTUDO	139
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
9	CONCLUSÃO	141
	REFERÊNCIAS	142
	APÊNDICES	151
	ANEXOS	155

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi gerado a partir da minha inquietação e indignação, vivenciadas pelo período de dez anos de atuação na vigilância dos óbitos - situação essa que atravessou, também, a minha história pessoal de perda perinatal. Então, considero minha pesquisa um trabalho original e terapêutico.

Ocupando um lugar de profissional de saúde na Atenção Básica, atuante na Saúde da Mulher, como docente, pré-natalista, e em diversos espaços deste contexto, inclusive como técnica na vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais na Vigilância Epidemiológica da secretaria municipal de saúde, e profissional de referência da vigilância desses óbitos em um Distrito de Salvador, veio o despertar da necessidade de dedicar-me a um estudo sobre a abordagem e acolhimento a essas mulheres na rede de saúde. Com a intenção de obter um resultado a partir da percepção dessas mulheres, incluir a pesquisa na minha atuação em campo, onde realizo visita domiciliar. Esses óbitos são considerados agravos de notificação compulsória por determinação do Ministério da Saúde.

A investigação do óbito fetal e infantil compreende várias fases. O processo se inicia com a identificação do óbito e prossegue com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista com a família e registros dos serviços de saúde, por meio da utilização dos formulários de investigação do óbito. Esses dados reunidos permitem a equipe de vigilância de óbitos, a câmara técnica e o comitê, em qualquer nível de gestão, realizar a análise das informações e orientar as intervenções para redução das mortes evitáveis. O foco dessa entrevista é meramente técnico, sem suporte emocional para ambos, entrevistado e entrevistador, e deve ser realizada a investigação dos óbitos ocorridos, no máximo, há quatro meses.

Ao adentrar no mundo dessas mulheres com histórias de perdas maternas, ouvir constantemente narrativas sobre suas trajetórias nos serviços de saúde, onde ultrapassavam a tristeza da perda, com relatos de maus tratos na assistência recebida, desvalorização do evento da morte embrionária, fetal ou neonatal, com vivências de violência obstétrica, discriminação quanto ao tipo de perda, banalização do sofrimento psíquico e desrespeito ao luto materno existente, que muitas vezes se prologavam por anos, quando não, se instalava um trauma e receio de futuras gestações e partos.

Não foram identificados protocolos de acolhimento que abrangesse esse contexto. Encontra-se na mídia, através de diversas redes sociais, movimentos de apoio às mães

enlutadas. São espaços criados e dedicados a esse sofrimento, com discussão da legitimação e respeito aos direitos dessas mulheres. Aparece, na busca da literatura, alguns artigos científicos e poucos livros sobre o tema, que citarei em algumas das páginas a seguir.

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal, no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores, sendo condição essencial para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera.

Nesse entendimento, a humanização compreende dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, com atitude ética e solidária dos profissionais de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. (MS, 2008). O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. (MS, 2002).

Para muitas mulheres a maternidade ainda é uma meta a ser alcançada, onde a expectativa social gira em torno do nascimento, do começo de uma nova vida, na expectativa da perpetuação da geração e da tradição familiar. Entretanto, existem situações em que ocorrem intercorrências no período gravídico puerperal que vêm se opor a essa perspectiva. A morte, antagonicamente, é um evento que também reside frequentemente nas maternidades, superando no Brasil dados estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde - OMS e Ministério da Saúde - MS, suprimindo bruscamente muitos anseios gerados durante a gestação.

A morte neonatal é uma perda real, na qual a mãe tem de se desligar do seu filho como objeto de amor, com o qual se ligou afetivamente de modo tão próximo e vivo, tornando-se um com ele. Essas mortes são entendidas como um descompasso na sequência natural do ciclo de vida, podendo surgir reações de revolta e de desnorreamento diante da ocasião inesperada, como a culpa pela impossibilidade de gerar um filho, a negação da morte, a desesperança diante do futuro e dos outros destinos de seu desejo, a crença de que o filho pode reviver e atribuir a culpa a outrem responsabilizado pela perda. (Lucas, 1998).

A dor da perda é vivida por muitas mulheres como a morte de um sonho, nos casos de inseminações sem êxito, ou de um filho, em qualquer período gestacional (mesmo em curto tempo existencial) e acarretam desdobramentos de sofrimento para aqueles que gestam. É uma

experiência de difícil assimilação, considerando que a chegada de um bebê representa o início da vida e não o fim. Após sofrer uma perda, é de fundamental importância que se inicie o processo de elaboração do luto - resposta normal e saudável a uma perda. (Oviedo, Carruyo et al, 2009).

Observa-se ainda que a dificuldade de elaboração da perda de um filho que nem "chegou a nascer" é comumente intensificada pela falta de apoio social. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração desse tipo de luto tendam a ser desconsideradas. Estima-se que 4,2 milhões de mulheres estão vivendo com depressão associada ao natimorto. Após o parto de um natimorto, equipe de saúde, família e amigos tendem a privar os pais, especialmente a mãe, de entender, sofrer e elaborar o luto. (Heazell, et al., 2016).

Diante da perda do/a filho/a, os pais que conseguem vivenciar dor, apresentam reações semelhantes àquelas observadas em outras situações de luto, tais como sentimento de vazio interior, culpabilidade, irritabilidade, pesar esmagador, temor de uma nova gravidez, raiva, incredulidade e apatia. (Hutti, 2005). Por outro lado, aproximadamente, 20% das mães sofrem de algum transtorno psicológico, como depressão ou ansiedade, dentro de um ano após a perda, e podem desenvolver distúrbios psíquicos que podem impactar em eventuais gestações futuras e no relacionamento com o bebê seguinte. (Badenhorst & Hughes, 2007). Algumas dessas situações são tratadas como mortes invisíveis, subestimadas, não acolhidas pela sociedade nem analisadas pela equipe de saúde.

Entretanto, para a equipe de saúde, a morte é um tema tabu e provoca sentimentos negativos como frustração, decepção, derrota e tristeza. Tratar da perda perinatal é tarefa delicada. Essa experiência não deixa indiferentes os profissionais, que não sabem como devem se comportar, nem como acompanhar e cuidar da mulher e seu companheiro, após sofrerem uma perda. Portanto, deve-se saber como interpretar e abordar as perdas perinatais e as percepções relacionadas a esse fenômeno. (Cardeal & García, 2005).

Com o novo coronavírus Covid 19, se instalou uma grave crise sanitária no país, tendo impacto direto e indireto na saúde das gestantes e recém-nascidos no Brasil. Passaram a ocorrer um cenário inicial de incertezas nas maternidades brasileiras pautado pela busca de informações sobre procedimentos de prevenção e controle da doença e sobre a revisão de fluxos e procedimentos para seu enfrentamento. Ao longo da pandemia o impacto avassalador na mortalidade materna ficou evidente, confirmando os problemas estruturais para o cuidado

oportuno e com qualidade e segurança nas situações de morbidade materna grave. (Gomes, et al, 2022).

A pandemia provocou mudanças no modo de promover a saúde das pessoas a nível mundial. Por tratar-se de uma doença altamente contagiosa, a medida de isolamento social tornou-se uma das ferramentas mais seguras no enfrentamento da doença. (OPAS, 2020). Nos ambientes hospitalares, tomou-se condutas preventivas rigorosas relacionadas aos cuidados para não propagar a infecção (Wong, et al., 2020), com o objetivo de garantir qualidade assistencial aos pacientes hospitalizados, em quaisquer unidades, por meio de um plano de assistência condizente com as necessidades individuais, não fragmentadas, sublinhando a importância de práticas inovadoras e integradoras do cuidado. (Meira, Oliveira & Santos, 2021).

Porém, essa conduta determinou um afastamento físico entre o indivíduo e sua rede de contatos. As restrições advindas desta medida levaram à desordem na interação, na comunicação, nos afetos, que culminaram no mal-estar psíquico. (Malta, et al., 2020).

Refletindo sobre o lugar ocupado pelas mulheres em sofrimento psíquico gerado pela morte embrionária, fetal ou neonatal e agravada pela pandemia da Covid-19, a presente pesquisa investiga a problemática do não reconhecimento da dor pela morte de um filho, que não encontra lugar ou é invisibilizada na sociedade, a validação dessa dor na assistência e seus direitos na política de assistência as mulheres, através da percepção dessas mães.

Tal escolha foi inspirada a partir das indagações propostas nas atividades, como técnica da vigilância dos óbitos e pesquisadora, em relação a humanização e acolhimento, e das escutas das narrativas recheadas de amarguras, angústias e traumas dessas mulheres em situação de perdas. Supõe-se que a experiência no processo do luto é singular e se difere em muitos aspectos. Desse modo, optou-se pela escuta, suas leituras, seus dilemas e impasses sobre o período vivenciado no hospital, e pós a alta hospitalar, indagando sobre o fluxo do acolhimento durante todo o processo de perda, antes, durante e depois.

Considerando a relevância e a necessidade do debate sobre o alto número de óbitos perinatais, e para cada óbito, uma mulher em perda de um filho, e, provável, sofrimento e luto, pelo desfecho negativo, acrescido pela forma e manejo na sua assistência, esta pesquisa indaga sobre os principais fatores destacados no processo de luto e sofrimento psíquico, sobre o acolhimento ou não acolhimento, e a necessidade de apoio na rede de saúde, sob a perspectiva dessas mulheres, residentes na cidade de Salvador, especificamente, no Distrito Sanitário de Brotas, a partir das narrativas dessas mulheres.

Esse estudo justifica-se pela importância de identificar os determinantes que envolvem o curso das ações estipuladas pelos direitos as mulheres em ocorrência da morte perinatal. A partir deles, tornar-se possível compreender o que, de fato, tem ocorrido na realidade e contribuir para melhor qualificar e humanizar a rede de assistência à saúde das mulheres em sofrimento psíquico por mortalidade perinatal, validando sua dor, auxiliando no processo de superação e elaboração do luto, estabelecendo autenticidade dos sentimentos como meio transformador dessa dor em uma experiência mais consciente e a importância da efetivação do cuidado à saúde mental, na perspectiva da melhoria na assistência à saúde da mulher.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção de mulheres em relação às abordagens e condutas da equipe de saúde em um determinado distrito sanitário, diante do sofrimento psíquico ocasionado pelas perdas perinatais, na cidade de Salvador- Ba.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever como as mulheres vivenciaram a perda gestacional ou neonatal no período da pandemia de Covid-19.
- Identificar a presença de fluxo de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização em situação de perdas perinatais.
- Elaborar um modelo de guia de acolhimento em saúde, sugerindo recomendações a melhoria da assistência às mulheres que viveram perdas perinatais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O escopo teórico do presente estudo dialoga com os conceitos referentes ao processo de perda gestacional e neonatal, o fluxo do atendimento à mulher nessa condição, as políticas públicas que embasam essa assistência e o luto como consequência do sofrimento psíquico.

3.1 Mortalidade Perinatal

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o período perinatal começa em 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias completos de nascimento, assim, a mortalidade perinatal diz respeito tanto à mortalidade fetal – óbitos ocorridos intra-utero, a partir da 20^a-22^a semana completa de gestação, de fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm, até o momento do parto, ocorrendo antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, quanto à mortalidade neonatal precoce. A mortalidade neonatal pode ser subdividida em neonatal precoce, correspondendo aos óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos; neonatal tardia, óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos; e pós-neonatal, óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos. A Taxa de Mortalidade Perinatal (Coeficiente de Mortalidade Perinatal) é o número de óbitos em suas respectivas faixas etária ocorridos no período perinatal por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, refletindo, assim, expressivamente a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e recém-nascido e do acesso à saúde materno-infantil. (Brasil, 2009).

Mortalidade perinatal refere-se aos números, estatisticamente expressos, de óbitos fetais e neonatais ocorridos, em determinado período, por variados fatores, no espaço geográfico considerado. Em qualquer uma das causas de morte fetal intraútero, quando a expulsão do feto não ocorre espontaneamente, está indicada a indução do parto ou aborto, de acordo com a idade gestacional. Nos casos dos abortos, esses números não entram nas estatísticas epidemiológicas de saúde. (Brasil, 2009).

Óbito fetal é considerado pela Organização Mundial da Saúde como a morte ocorrida em qualquer período da gravidez, independentemente de sua localização, incluindo abortos e gestações extrauterinas, ovo morto ou retido, aborto retido de primeiro ou segundo trimestre e, também, o feto morto no terceiro trimestre, até o final da gestação. A morte fetal ocorre, aproximadamente, em 6 casos de cada 1.000 nascidos vivos. Morte fetal com feto retido é

menos frequente e muito variável, entretanto, pode chegar até 1% das gestações. (Brasil, 2012). São considerados abortos, as gestações interrompidas antes das 22 semanas de gestação, sejam elas espontâneas ou induzidas. (Zugaib, 2016).

A mortalidade infantil abrange todos os óbitos de nascidos vivos de um determinado local (cidade, região, país, continente) menores de 1 ano de idade, ou seja, 0 até 364 dias de vida. O seu coeficiente é determinado pelo número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos em determinada população, área geográfica e ano. Ao estimar o risco de morte dos nascidos vivos no seu primeiro ano de vida, reflete-se as condições de desenvolvimento socioeconômico e a qualidade do acesso à atenção de saúde materna e da população infantil. A mortalidade infantil pode ser subclassificada em mortalidade neonatal precoce, tardia e pós-neonatal. (Vigilância em Saúde, 2012).

Apesar do progresso global, no primeiro ano da nova era de desenvolvimento - definidos pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) (OMS, 2014), em setembro de 2015, durante a 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas, onde foi aprovada a nova agenda para o Desenvolvimento Sustentável, com vigência entre 2015 e 2030 -, houve 2,7 milhões de mortes de recém-nascidos e 2,6 milhões de bebês natimortos, mundialmente.

Cerca de 60% ocorrem em áreas rurais e mais da metade em áreas de conflitos e emergências, afetando as famílias mais carentes de sistemas de saúde. Metade da ocorrência de natimortos ocorre durante o trabalho de parto - 1,3 milhões a cada ano. (Lawn et al., 2016). Em todos os países, o risco de natimorto é maior para a população considerada mais vulnerável, marginalizada e estratificada por vulnerabilidades sociais e por riscos sanitários. A desvantagem social duplica o risco de morte fetal e as desigualdades estruturais, incluindo o racismo e desigualdade de oportunidades, ampliam esses indicadores.

Um estudo realizado pela UFSP no estado de São Paulo, publicado em 2019, centrado nas questões assistenciais na perspectiva de mulheres em situação de vulnerabilidade que vivenciaram óbitos neonatais, ocorridos no período de janeiro de 2015 a julho de 2016, onde foram analisadas as trajetória de vida e de cuidado de mulheres residentes na zona noroeste do município de Santos, com idade menor de 30 anos, negras, em ocupações de baixa qualificação, sobre a história sexual e reprodutiva, cuidado pré-natal, ao parto e a experiência do óbito neonatal, observou-se: 1) as situações a respeito às condições da gestante: históricos de gestações não planejadas e diversos fatores de risco gestacionais; acesso aos serviços de saúde; dificuldades para realização de exames do pré natal, retornos as consultas; 2) as situações relacionadas aos serviços de saúde: desvalorização de intercorrências, falta de esclarecimento

de condutas e encaminhamentos; prematuridade, dor no parto, situação de abandono e não transferência por falta de leito em UTI neonatal; falta de integração entre os níveis de atenção; e após o óbito, abordagens restritas e pouco orientadas para uma atenção integral relativas ao evento do óbito neonatal. Concluiu-se que, embora o cuidado pré-natal tenha sido bem avaliado pelas mulheres, não se verificou, quanto à experiência do óbito neonatal, um cuidado integral para essas mulheres, com diálogo e oferta de métodos contraceptivos mais adequados ao seu histórico, ou relativamente ao sofrimento mental resultante dessas experiências (referência)

No Brasil, o óbito perinatal permanece como uma grande preocupação para a Saúde Pública, ainda que a estimativa do IBGE seja de queda, no período de 2010 a 2017, constituindo uma exceção a essa tendência o aumento no ano de 2016, atribuído à epidemia de Zika e aos casos de microcefalia ao nascer e outras malformações. Verificou-se, assim, uma interrupção no ciclo de queda, por décadas, segundo os indicadores de mortes de bebês. (Brasil, 2019). Pela 1ª vez desde 1990, o país apresentou um aumento nessas taxas quando foram registradas 14 mortes a cada mil nascidos em 2016, um aumento de 4,8% em relação a 2015, quando 13,3 mortes (a cada mil) foram registradas. Desde 1990, o país apresentava queda média anual de 4,9% na mortalidade infantil, que está inserida no processo da transição demográfica e epidemiológica brasileira nos últimos 60 anos. A mortalidade neonatal constitui-se no principal componente da morte infantil no Brasil, desde o final da década de 1980. A maior proporção dos óbitos ocorre no período neonatal precoce, majoritariamente, no primeiro dia de vida. A concentração de óbitos nesse período indica a existência de estreita relação entre o risco de óbito neonatal precoce, o acesso e a qualidade da assistência de saúde fornecida às gestantes, puérperas e aos seus recém-nascidos. (Brasil, 2019).

As causas neonatais são decorrentes de fatores como os nascimentos pré-termo, baixo peso ao nascer, intercorrências na gestação, parto e nascimento. (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013). A mortalidade perinatal também está vinculada a causas preveníveis e evitáveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. (Brasil, 2012).

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde - OMS de 2018, o número de óbitos entre os recém-nascidos, no mundo, caiu de 31 para 18 a cada mil nascimentos, entre 2000 e 2018. Entretanto, as taxas de mortalidade neonatal ainda se encontram altas em muitos países, ocorrendo em 2016 2,6 milhões de óbitos nesta faixa etária, dos quais, a maioria, ocorreu na primeira semana de nascimento. Neste mesmo relatório, cita as principais causas de óbitos neonatais no mundo que, juntas, correspondem por $\frac{3}{4}$ de todos os óbitos neonatais, sendo elas

prematuridade; eventos relacionados ao parto, como asfixia e trauma ao nascimento e, por fim, sepse neonatal.

A OMS definiu como meta, até 2030, zerar esses índices, definindo como objetivo mínimo para os países o índice de até 12 mortes de recém-nascidos para cada mil nascimentos e 25 mortes a cada 1000 crianças abaixo de 5 anos. Aponta que, o menor índice apresentado foi de uma morte a cada mil nascimentos, em países como Andorra, Bielorrússia, Chipre, Estônia e Finlândia. As maiores taxas apareceram no Paquistão (42 mortes a cada mil nascimentos), República Centro-Africana (41 a cada mil) e Sudão do Sul (40 a cada mil).

No cenário nacional, entre os anos de 2015 a 2018, houve uma discreta redução no número total de caso de Óbito Infantil registrados no Brasil, com maior incidência na região Sudeste, seguido do Nordeste e o menor número na região Centro-Oeste. A mortalidade infantil no Brasil, destaca-se em maior proporção no período neonatal precoce e dentre as principais causas tem-se: algumas afecções originadas no período perinatal, seguidas das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e doenças do aparelho respiratório, com prevalência dos óbitos entre as mulheres de raça/cor parda, com faixa etária entre 20 a 24 anos.

Entre as estratégias adotadas para diminuir a mortalidade perinatal, o governo brasileiro criou os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal desde 2004, para acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, além de propor intervenções para redução da mortalidade. No entanto, mesmo em municípios com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), referência em serviços de saúde no que tange à investigação dos óbitos e gestão e planejamento das ações em saúde para a evitabilidade, nos estados, a tendência da mortalidade fetal permaneceu estável na última década.

Segundo a classificação de evitabilidade dos óbitos, encontra-se em maiores proporções as causas reduzíveis pela atenção à mulher na gestação, por ações de diagnóstico e pela adequada atenção ao recém-nascido. (Brasil, 2020).

O componente neonatal da mortalidade infantil é fortemente influenciado pela qualidade da atenção prestada à saúde da gestante, enquanto o componente pós-neonatal, recebe forte influência dos determinantes socioeconômicos e ambientais. Nos anos 1970, as principais causas de morte infantil foram as doenças infecciosas e nutricionais. A partir do início dos anos 1990, houve uma mudança nessa predominância, desde então atribuída às afecções perinatais. Os determinantes da nova configuração dos óbitos infantis incluem a redução da fecundidade, a ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS), a melhora do nível de escolaridade das mães e a expansão da cobertura vacinal. (Devincenzi & Schraiber, 2019).

Segundo dados da Unicef, em 2018, 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros trinta dias de vida, sendo que 1/3 deles foi no primeiro dia. Os dados apontam que grande parte desses bebês faleceu de causas evitáveis, como infecções, complicações no parto e partos prematuros. (Unicef, 2019).

O Brasil cumpriu a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio de redução da mortalidade infantil em dois terços até 2015, tendo como referência a taxa de 1990; contudo, os patamares atuais da mortalidade infantil no Brasil, comparativamente, permanecem superiores aos dos países de alta renda, sugerindo que o Brasil deva perseguir uma meta mais ousada de redução desse indicador. (Brasil, 2019).

A redução constante, porém, heterogênea, da mortalidade infantil está relacionada a avanços na educação materna, à renda per capita, à cobertura vacinal, à tecnologia e à atenção à saúde. Possuem mérito, também, ações coletivas como a Declaração do Milênio, Política de Aleitamento Materno, Rede Cegonha, Programa Bolsa Família, Programa Saúde da Família, entre outros. (Brasil, 2019). Mesmo com a importante redução dos índices de mortalidade infantil e neonatal apresentados pelo Brasil nos últimos anos, a redução desse índice ainda é um problema de Saúde Pública, uma vez que, refletem um cenário de desigualdades regionais e intraurbanas, com a concentração de óbitos nas populações mais carentes e em grupos sociais desfavorecidos e vulneráveis. (Brasil, 2019).

3.2 Políticas Públicas na Assistência Nacional à Saúde da Mulher

Nas primeiras décadas do século XX, foram incorporadas no Brasil as políticas nacionais de saúde da mulher, sendo limitada às demandas relativas ao ciclo gravídico-puerperal em uma visão biológica e no papel social do cuidado e da educação. Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. (Brasil, 1984).

Na década de 80, através da abertura política no Brasil e da contribuição do movimento feminista brasileiro, que criticava duramente a visão reducionista da mulher em tais políticas, fomentou-se o debate acerca de questões, até então não valorizadas, relativas à desigualdade nas condições de vida e relações entre homens e mulheres, bem como à sexualidade e reprodução, além de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Assim, tais levantamentos foram introduzidos na Agenda Política Nacional, a partir da concepção abordada de que aspectos sociais, econômicos e de gênero afetavam de maneira direta e indireta

a saúde da mulher, devendo ser um dever do Estado fornecer meios de assegurar a qualidade de vida desse grupo em todos seus ciclos de vida. (Brasil, 1984).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1984, pelo MS, marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo, surgindo no contexto da redemocratização do país que tinha como princípios a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, sendo fortemente influenciado pelos conceitos que embasariam o Sistema Único de Saúde (SUS) construído em 1988. Esse programa extrapolava a visão reducionista da mulher como reprodutora e mãe, passando a abordar ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (Brasil, 1984).

A partir da elaboração do PAISM, o programa sofreu novas especificações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) construído em 1988, com a implantação das Normas Operacionais Básicas (NOBs 91/92/96) com objetivo e finalidade de normalizar a assistência à saúde no SUS e fornecer instruções e o estabelecimento de normas e procedimento reguladores, e em 2001, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), o Ministério da Saúde (MS) amplia as responsabilidades municipais da Atenção Básica por meio da estratégia do Programa Saúde da Família e estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais. (Coelho, 2003; PNAISM, 2004). Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher percebe a necessidade de articulação com outras áreas e de novas ações para determinados grupos, como mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. (Brasil, 2011).

Em 2004, o Ministério da Saúde, baseando-se em dados epidemiológicos e em reivindicações de diversos segmentos sociais, apresenta os princípios e diretrizes voltados para a humanização e acolhimento com a criação da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher– Princípios e Diretrizes - PNAISM”, sendo um documento elaborado pelo MS/SUS, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o

movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, considera a Saúde da Mulher como uma das prioridades em atenção à assistência e cuidado no Brasil, que reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. O MS elabora, em 2011, a 2ª (segunda) reimpressão desta política, que traz incrementos para garantir o acesso das mulheres à promoção e prevenção em saúde, a redução da morbidade e mortalidade feminina e consolidação do atendimento humanizado e integral à saúde da mulher no SUS e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. (Brasil, 2011)

Celebra-se um histórico de lutas e conquistas das mulheres, especialmente, em relação à igualdade de gênero e ampliação de seus direitos - conquistas essas que incorporou o ideário feminista de que a saúde da mulher não está ligada, apenas, às questões reprodutiva e sexual, mas também a aspectos socioculturais. Esse é considerado um avanço importante, avaliando o machismo enraizado em nossa cultura e o desrespeito à diversidade das populações nas distintas regiões do país, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento (onde estão presentes situações como o racismo, a intolerância com as diferenças étnicas, não somente em relação à população negra, mas, aos indígenas) e de organização dos seus sistemas locais de saúde. Atenção humanizada significa incluir a mulher nas decisões sobre seu próprio corpo. (Leal, 2018).

3.3 Rede de Acolhimento e Humanização na Gestação e Nascimento

O acolhimento em saúde pode ser definido como o ato de perceber e reconhecer o que o usuário traz como sua necessidade naquele momento, visando a construção de vínculo entre este indivíduo e a rede socioafetiva que o assiste, ou seja, de uma relação baseada em transversalidade, ética, solidariedade, confiança e compromisso. Dessa forma, para se efetivar o acolhimento, faz-se necessário que, além da criação de vínculo, haja qualificação da escuta dos relatos, garantia de acesso ao serviço de saúde e resolutividade nos serviços. (Corrêa, *et al* 2017).

Sendo o parto um acontecimento singular, com significados que ganham molde da cultura e da própria vivência de cada parturiente. (Silva *et al.* 2016), e o puerpério, um período de intensa descoberta e transformação por parte da mulher, que traz também certos agravos em saúde, sendo muitos deles causas determinantes de morbimortalidade materna, onde o

acolhimento em saúde nesses momentos é imprescindível para que se consolide com segurança a saúde da mulher, não somente como gestante e mãe, mas, enfaticamente, como um ser com demandas físicas e emocionais próprias e diversas, devendo haver, por parte do profissional de saúde, competência técnica e postura ética, para que sejam determinadas as melhores condutas disponíveis para cada caso em particular. (Corrêa, *et al.* 2017).

Nesse sentido, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu, a partir de evidências científicas, um documento de “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”, objetivando estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada e humanizada. Assim, classificou as práticas recomendadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente usadas de modo inadequado. (OMS, 1996).

Em 2000, foram implementadas algumas estratégias para garantir, especificamente, os direitos da mulher durante a gestação, parto e puerpério. (Brasil, 2010). O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 569, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), antecedendo a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) – 2003, que foi implantado com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificar a saúde pública no Brasil e incentivar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. (Brasil, 2008).

O PHPN foi estruturado nos princípios de que toda gestante tem direito: ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica, assim como todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (Brasil, 2002). Em 2005 o MS estabeleceu a Atenção Humanizada ao Abortamento, propondo a garantia os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, introduzindo novas abordagens no acolhimento e na atenção, visando estabelecer e consolidar padrões culturais de atenção com base na necessidade das mulheres, buscando, assim, assegurar a saúde e a vida.

Com base nas legislações vigentes, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de junho de 2008, que revoga a RDC 50, onde o MS investe em projetos de ampliação, reforma e

construção de espaços para ofertar a ambientação na atenção ao parto e nascimento, desde a porta de entrada da maternidade, ao centro obstétrico, com criação de quartos PPP (Pré parto, parto e pós parto), favorecendo o alojamento conjunto com espaço com privacidade para a mãe e acompanhantes, além da implantação dos Centros de Parto Normal (CPN) intra-hospitalar, com a estrutura do hospital e peri-hospitalar, que pode ficar a uma distância de até 20 minutos do estabelecimento de referência. (Ministério da Saúde, 2008).

Um modelo de atenção ao parto e nascimento, que vinhasendo discutido no Brasil, desde a década de 90, é institucionalizado, então, através da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, entrando em vigor a “Rede Cegonha” (Brasil, 2011) - estratégia do Ministério da Saúde, que prioriza o acolhimento e a vinculação da mulher à sua unidade de referência para o parto, com implementação de uma rede de cuidados em seus quatro componentes principais: o Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, assegurando às mulheres o direito à gravidez, parto e puerpério seguros e humanizados, ao planejamento reprodutivo e às crianças, o direito ao nascimento seguro e humanizado, crescimento e desenvolvimento saudáveis. A partir de então, passam a vigorar os seguintes objetivos: Implementar um Modelo de Atenção que visa garantir a elas, o atendimento de qualidade, seguro e humanizado no que tange: a assistência familiar, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, até os dois primeiros anos da criança; um Modelo de Atenção Integral à Saúde da Criança visando uma infância saudável e articulação em redes de atenção de forma a garantir acesso e melhoria na resolutividade com redução da mortalidade materna e neonatal. (Brasil, 2011).

No final da década de 1950, após a publicação da matéria intitulada “a crueldade nas maternidades” por uma revista nos Estados Unidos da América, a violência obstétrica ganhou reconhecimento mundial. Esse trabalho descreveu as formas de tratamento desumano, grosseiro e violento recebido por muitas mulheres americanas. O tema passou a ser discutido no Brasil, no meio acadêmico, apenas, na década de 1980 e, posteriormente, por integrantes dos movimentos feministas, que passaram a descrever explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta representando uma das principais formas de violação dos direitos humanos, como violências morais, físicas, psicológicas e patrimoniais. (Diniz, et al., 2015).

Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa a CPMI da Violência Contra as Mulheres, é uma rede composta por mais de 300 mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro, em 22 estados, que trabalham voluntariamente na divulgação de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e nas recomendações da

Organização Mundial da Saúde. A referida rede elaborou um dossiê “Parirás com Dor” em 2012, que define a violência obstétrica por atos praticados contra a mulher, no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, ou outros profissionais envolvidos na atenção prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, caracterizado como uma violência de gênero, por ser praticada contra mulher, em todas as etapas da gravidez e do pós-parto, incluindo os casos de abortamento. Essa violência é considerada como parte integrante de uma sociedade que violenta as mulheres pela sua identidade de gênero e pela sua condição feminina, fruto da dominação masculina relacionada ao machismo, tanto institucional quanto pessoal, e que recai nas diversas relações da mulher com seu corpo, sua posição na sociedade e sua dignidade. (Brasil, 2014).

A humanização e o acolhimento ao parto e ao puerpério devem ser práticas adotadas desde a primeira consulta pré-natal, ou mesmo quando a gestante acessa o sistema de saúde em busca de atendimento. (Silva, et al., 2016). O profissional de saúde é um ícone no papel precursor em garantir os direitos da gestante à informação, ao cuidado e a um atendimento rico em atenção e dignidade. (Diniz, 2015). Com essa finalidade, é categórico, portanto, que esse profissional aja com empatia e respeito, realizando a escuta ativa, esclarecendo as dúvidas existentes da paciente e de seus acompanhantes, permitindo, assim, que confie naqueles que prestam o serviço e possam se expressar livremente, sem medo do julgamento e repressão em qualquer situação. (Silva, 2003).

A 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. A assistência psicológica à gestante, à parturiente e à puérpera deve ser indicada após avaliação do profissional de saúde no pré-natal e no puerpério, com encaminhamento de acordo com o prognóstico; determina em desenvolver atividades de educação, de conscientização e de esclarecimentos a respeito da saúde mental da mulher no período da gravidez e do puerpério.

3.4 Pesquisa Nascer no Brasil: A Voz das Mulheres

A pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz e realizada com a participação de renomados pesquisadores de instituições científicas do país, efetivada pela da Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP e divulgada em 2014, em parceria com o Instituto Fernandes Figueira (IFF), é um importante

estudo sobre a realidade das gestantes e puérperas no país. O estudo é o maior já realizado sobre o tema, no Brasil. Aborda situações de extrema relevância que tem relação com o acolhimento, o atendimento prestado e a observação de fatores sociais que exercem interferência sobre gestantes e bebês. O estudo foi realizado nos anos de 2011 e 2012, onde foi feito um levantamento da situação de cerca de 23.940 mulheres, que foram ouvidas em maternidades que prestavam serviços mistos, públicos e privados. De acordo com o inquérito, 52% deste total de mulheres passou por cesarianas, sendo 46% no setor público.

Das gestantes entrevistadas, cerca de 70%, manifestaram o desejo de terem parto normal. No entanto, o quadro revelado pelo estudo mostra uma enorme diferença entre a opinião das entrevistadas e as práticas de saúde. Sobre os nascimentos prematuros, ocorridos antes das 37 semanas de gestação, os registros apontam um número alto, 11,3%. Entre as entrevistadas 45% disseram que a gestação era desejada, 9% referiram insatisfação com a gravidez e 2,3% tentaram interromper a gestação. Apenas 73% das gestantes compareceu a seis ou mais consultas, 39% delas iniciaram o pré-natal apenas após a 12^a semana gestacional. (Lansky, et al., 2014).

A pesquisa aborda sistematicamente a importância dos dados consolidados no inquérito e, reveladores da realidade do atendimento, ainda distante do ideal, prestado às gestantes no país, contribuindo para sensibilizar e informar os profissionais de saúde e o público em geral sobre os fatores fundamentais que devem ser considerados no acompanhamento dos partos e pós-parto.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão estatal responsável por regular o mercado de planos de saúde no Brasil, vem realizando, desde 2004, ações de incentivo ao parto normal, direcionadas às empresas e beneficiárias de planos de saúde, sem, contudo, conseguir impactar a elevada prevalência de cesarianas do setor suplementar. Em 2010, um grupo de mulheres ativistas pelo parto normal, encaminhou ao Ministério Público Federal uma Ação Civil Pública por medidas efetivas para redução de cesarianas desnecessárias. Foi lançado então, em 2015, pela ANS, com o apoio do Ministério da Saúde, o projeto Parto Adequado, por meio de acordo de cooperação técnica com o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). O projeto propõe a melhoria da qualidade na assistência, com apoio institucional, científico e metodológico aos hospitais que desejam reorganizar o modelo de atenção ao parto e nascimento, incluindo quatro eixos: governança, empoderamento das mulheres, monitoramento de indicadores, e reorganização da estrutura e processos de cuidado. A primeira fase do projeto Parto Adequado contou com a participação

de 35 hospitais, ao longo de 18 meses. Os resultados iniciais motivaram o lançamento da segunda fase, ainda em andamento, que começou em maio de 2017, com a participação de 137 hospitais e 65 operadoras de planos de saúde. (Fiocruz, 2020).

Os desdobramentos desses projetos e ações, surgiu o “Projeto Nascer Saudável”, que visa identificar possíveis melhorias nos indicadores obstétricos em comparação ao estudo Nascer no Brasil, 2011-2012. Como resultado da sua implantação, houve um aumento significativo do número de mulheres com acesso à tecnologia apropriada ao parto entre os anos de 2011 e 2017 e redução de práticas consideradas prejudiciais, abusivas e violentas. No setor privado, também, observou-se redução nas taxas de cesariana e aumento da idade gestacional ao nascer. Os resultados deste estudo mostraram que políticas públicas bem conduzidas podem mudar o cenário da atenção ao parto e ao nascimento, promovendo a redução de desfechos maternos e neonatais negativos. (Fiocruz, 2020).

O Nascer no Brasil II, novo inquérito realizado em todo o território nacional, compõe uma amostra nacional e regionalmente representativa dos nascimentos hospitalares no Brasil, no período de 2021 a 2023, incluindo 22.050 puérperas e aproximadamente 2.205 mulheres internadas para assistência ao abortamento. O processo incluiu 465 maternidades nas macrorregião do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-oeste); tipo de hospital (público/misto/privado), localizadas em capitais e municípios da região metropolitana e demais municípios. (Fiocruz, 2024).

O “Nascer no Brasil II” apresenta diversos objetivos, incluindo estimar a prevalência de agravos e fatores de risco durante a gestação, avaliar a assistência pré-natal, ao parto, às perdas fetais e verificar a ocorrência de desfechos maternos e perinatais negativos e seus fatores associados. (Fiocruz, 2024).

O inquérito visa aprofundar o entendimento sobre os desafios enfrentados pelas mães, pais e bebês durante o período perinatal. A pesquisa surge como uma continuação do Nascer no Brasil I, motivada pela alta incidência de gestações não desejadas e morbimortalidade materna associada ao aborto no país. Composto por quatro artigos: o Espaço Temático Contempla a Mortalidade Perinatal, Morbidade Materna Grave e Near Miss Materno, Protocolo de Investigação da Saúde Materna, Paterna e da Criança no Pós-parto, Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento e Itinerários de Cuidado à Saúde de Mulheres em Situações de Abortamento. (Fiocruz, 2024).

O estudo reforça o compromisso com os estudos acerca da saúde sexual e reprodutiva da mulher, e o potencial de subsidiar o planejamento e melhoria do cuidado perinatal oferecido, contribuindo assim para a redução da morbimortalidade materna e perinatal no Brasil.

Assim sendo, quanto maior a atenção dos gestores as determinações pelas políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres, e maior adesão pelas boas práticas, menores serão os índices de perda perinatal, inclusive o aborto, a violência obstétrica e aos fatores que levam ao sofrimento psíquico nessas situações.

3.5 Acometimento das Mulheres Grávidas pelo Covid-19 no Cenário Pandêmico

A pandemia Covid-19, causada pelo SARS-CoV-2, que surgiu no final de 2019 em Wuhan, província de Hubei, na China, se difundiu por todos os continentes, aumentando exponencialmente o número de infectados e ocasionando a nível mundial milhares de mortes. (Zhu, et al., 2020). No Brasil, o número de casos da Covid-19 tornou-se bastante elevado, com aumento de forma assimétrica em todo o país, o que levou ao acometimento de pessoas de diversas faixas etárias, causando assustadoramente milhares de óbitos no território nacional.

Foram considerados grupos de risco, desde o início da pandemia, os vulneráveis à infecção, principalmente os idosos, crianças e os portadores de comorbidades, que apresentavam elevados índice de letalidade. (Guan, et al., 2020).

Em 2020, embora a maioria dos relatos iniciais de literatura mostrem que grande parte das gestantes apresentam a Covid-19 com quadros clínicos leves ou moderados (Fiocruz, 2020) e que de 1 a 5% necessitam de suporte ventilatório e/ou cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI), com o aumento do número de casos em diversos países, e a análise dos casos ocorridos, foi verificado maior risco de complicações maternas, principalmente, no último trimestre da gravidez e no puerpério, inclusive, com casos de morte materna. (Duarte, 2020).

Ainda nesse período inicial da pandemia, o Ministério da Saúde (2020), considerava que as gestantes e puérperas compunham o grupo de risco frente a Covid-19, o que pode ser justificado pelas alterações anatômicas e fisiológicas, principalmente da gravidez, em diversos sistemas, cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e da coagulação. Essas modificações, nessa perspectiva, tornariam a gestante mais susceptível a pneumonias virais, como aconteceu há pouco mais de 10 anos com o vírus H1N1 e mais recentemente com a SARS-CoV e com a MERS-CoV. Como o conhecimento sobre a Covid-19, à essa data era pouco conhecida, vários aspectos da sua fisiopatologia não haviam ainda sido estudados, tornou-se fundamental

estabelecer considerações, recomendações, protocolos, notas técnicas, orientações, planos de contingência e manuais relacionados à Assistência às Gestantes e puérperas frente à pandemia para o manejo assistencial da doença e reorganização de fluxo, com base nas melhores evidências científicas disponíveis até o momento, sendo acessível às diversas regiões do país, considerando suas dimensões continentais e heterogeneidade, e às populações indígenas e outros povos e comunidades, por vezes, mais vulneráveis aos efeitos dessa infecção nos países em desenvolvimento, as razões de morte fetal e morte materna, neste período de pandemia, mostraram-se aumentadas e progressivas, incluindo o Brasil. (Brasil, 2020).

A pandemia covid-19, causada pelo SARS-CoV-2, disseminou-se por todos os continentes, aumentando exponencialmente o número de infectados e ocasionando milhares de mortes no mundo. Atualmente, sabe-se que gestantes infectadas com o vírus SARS-CoV-2 têm maior chance ter pior evolução da covid-19, com maior risco de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de intubação orotraquel e de óbito. Em nosso país, o número de casos da covid-19 em gestantes e puérperas foi extremamente elevado, de modo que, até outubro de 2021, haviam sido contabilizados 1.901 casos de mortes de gestantes ou puérperas. (Brasil, 2022)

O MS 2022, afirma que o quadro clínico da covid-19 em grávidas e puérperas é muito variável, indo do estado assintomático a quadros graves que podem evoluir para óbito. Os sintomas mais comuns ocorrem devido ao acometimento do sistema respiratório e à resposta sistêmica à infecção.

No Brasil, duas vacinas estão aprovadas para uso em gestantes: CoronaVac®, desenvolvida pela Sinovac Biotech (produzida no Instituto Butantan) e Comirnaty®, da Pfizer/BioNTech. A vacina contra covid-19 poderá ser aplicada em qualquer trimestre da gravidez, devendo ser evitada na presença de quadro clínico de síndrome gripal.9 (MS, 2022).

Tendo em vista o cenário da Covid 19, muitas mulheres apresentaram receio dos problemas que pudessem ocorrer durante o período da gestação e no momento do parto, como a possibilidade de transmissão vertical do vírus. Sobre isso, os estudos ainda não se mostravam conclusivos no início da pandemia: há aqueles que sinalizavam a possibilidade do aparecimento de sintomas semelhantes ao da mãe infectada no recém-nascido; e outros que referem à impossibilidade de rompimento da barreira placentária. (Hoffmann et al., 2020). Atualmente a infecção viral vertical, via placenta foi considerada rara e improvável pela maioria dos autores, embora não tenha sido descartada, uma vez que foram encontradas partículas virais em células

placentárias e, também, ressaltam a potencialização das respostas de anticorpos das vacinas, expondo resultados positivos para as gestantes e, até mesmo, para o feto. (Oliveira et al., 2023).

A literatura aponta que gestantes com infecção por Sars-Cov-2 e que evoluem para um quadro grave associado a uma comorbidade têm probabilidade aumentada de passar por um parto cesariano de emergência ou um parto prematuro, o que eleva o risco de morte materna e neonatal. (LI, et al., 2020). Sobretudo, em um cenário adverso, os direitos das gestantes devem ser respeitados. Assim, o MS através da nota técnica nº 9/2020, recomendou que, mesmo durante a pandemia, fosse garantido o direito ao acompanhante às gestantes e às parturientes sendo adotado critério de avaliação de riscos. (Brasil, 2020). Mas, ao contrário do preconizado, algumas maternidades e hospitais, como forma de prevenir a Covid-19, adotaram o isolamento no momento do parto. Esta medida dizia respeito à não permissão de um acompanhante antes, durante e após o parto, direito esse apoiado na Lei nº 11.108/2005, desconsiderando assim a importância desse momento, compreendido como um período difícil e de extrema vulnerabilidade à gestante.

Consequentemente, a proibição ao direito do acompanhante viola o direito da própria mulher num momento em que tanto se necessita de auxílio, ressaltando a necessidade de respeito às orientações de segurança e de prevenção contra o novo coronavírus durante o procedimento. Por todas essas informações e incertezas da ciência sobre os possíveis riscos de infecção, foram compreensíveis o medo e a ansiedade que essas mulheres apresentaram no período pandêmico. Diante das complicações para a gestação e para o feto, fez-se necessário refletir sobre o estar gestante em tempos de pandemia da Covid-19 e a importância do cuidado profissional, a fim de superar os inúmeros desafios que permearam esse contexto. (Fiocruz 2020).

3.6 O Luto diante da Perda Perinatal

3.6.1 A conscientização da morte no ciclo da vida

Enlutar-se é um processo de mudança de esquemas que todos nós experimentamos. O luto é um processo de elaboração e resolução de alguma perda real ou simbólica, pelo qual todos os seres humanos passam em vários momentos da vida, com maior ou menor sucesso. A elaboração e finalização do luto permite à pessoa encontrar novos rumos e a não elaboração pode significar complicações médicas e psicológicas. A partir da posição de Kovács (2008) a

perda é um dos processos mais desorganizadores da vida humana, não somente de pessoas, mas qualquer processo que envolve mudança de vida, denominada como pequenas mortes, pelo fato de implicar no desaparecimento de uma condição antiga e conhecida, e a obrigatória passagem para uma condição nova e desconhecida.

A morte é parte integrante do desenvolvimento humano sendo tão natural como o nascer. De acordo com as convenções e sob a visão biológica, a morte era definida basicamente como o momento da cessação dos batimentos cardíacos em um processo irreversível. Atualmente, entende-se a morte como um fenômeno progressivo, capaz de gerar reações emocionais, tanto no indivíduo que está morrendo, como naqueles que estão a sua volta. (Combinato & Queiroz, 2006).

O significado do morrer é variável conforme o decorrer da história e os diferentes contextos sociais, sendo um fenômeno complexo que pode ser analisado sob diferentes ângulos: psicológico, social, histórico, biológico, antropológico, bioético, religioso, cultural, médico e legal; não apenas e exclusivamente pelo critério biológico, está relacionado com as crenças filosóficas mais gerais relativas ao significado da vida e da morte. (Aries, 2012).

No século XX a cultura ocidental passou a tratar a morte como algo vergonhoso e oculto que deveria ser vencido a qualquer custo. Já no século XXI, em função da alta incidência de doenças infectocontagiosas e dos avanços na medicina que permitiram o prolongamento da vida, observou-se que a morte tem estado mais próxima das pessoas. (Aries, 2012).

A morte é um tema considerado tabu. Em estudo no campo da perspectiva antropológica, *Tabu da Morte (2017)*, cita os trabalhos desenvolvimentistas de Piaget que confirmam que a consciência da morte se processa de forma gradual no psiquismo infantil, a partir do momento em que toma consciência de si mesma, como indivíduo, e se sente afetada por ela. Até a idade de três ou quatro anos, na nossa cultura, a criança não tem ideia do significado da morte, mesmo que a palavra já faça parte do seu vocabulário, sendo talvez percebida como algo de negativo, ligado à “separação” e à “destruição”, inflado progressivamente de conteúdos que assume um colorido emocional negativo, onde, geralmente, a morte é um evento afastado do domínio da criança. Ainda na perspectiva desenvolvimentista, aos cinco anos, ela permanece incapaz de “conceber o fato de não estar/ser mais vivo, de ser/estar morto, ou de entender que outros tenham vivido antes dela” (Gesell, 1949). Ela pode reconhecer a terminalidade da morte, mas crê em sua reversibilidade, não assumindo, em relação à morte, a mesma atitude emocional dos adultos.

Todavia, segundo Fuchs (1974), a criança pode começar a vacilar quanto à certeza da reversibilidade e à ideia da irreversibilidade principia aparecendo como futuro longínquo. Por volta dos seis anos, a criança toma consciência afetiva e intelectualmente, cada vez mais nítida, do significado da morte: teme a morte da mãe, o abandono, mas se recusa a crer que ela mesma morrerá um dia. Disso, só começará a ter consciência aos sete anos. Aos oito ou nove anos (Choron, 1969), ela sabe que os seres morrem quando alguém os mata, quando estão doentes ou velhos, que todos morrerão um dia, inclusive ela mesma. Nos anos sucessivos de sua vida, os nexos significativos se enriquecem de conteúdo e se aproximam progressivamente da imagem da morte dos adultos.

Através de diversas formas de mediação e de orientações culturais, a criança se apropria das “representações convencionais” que os adultos têm da morte. Nas palavras de Fuchs (1974), esse invólucro se preenche progressivamente, em duas direções, de acordo com a orientação mais ou menos dominante dos adultos, no sentido mágico-religiosa ou no dos saberes “reais” sobre os processos da morte e do morrer. A apropriação da ideia de morte é função da interação do sujeito com os seus parceiros, com o seu próprio eu e com a sua cultura. A finitude humana reside em parte no fato de que a morte física não basta para realizar a morte nas consciências. As lembranças daquele que morreu recentemente continuam sendo uma forma de sua presença no mundo (Rodrigues, 2017).

O processo de morte gera um processo de luto. O comportamento de vínculo tem valor de sobrevivência para todas as espécies e o luto é uma resposta genérica à separação (Caputo 2008). Além de Freud (1917[1915]) e Kübler-Ross (1998), observa-se um crescente número de estudos. (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006; Kovács, 2008) sobre a relação das pessoas com a morte, enfocando normalmente os processos de luto.

3.6.2 Luto como forma de expressão da perda

O luto é um processo pelo qual todos os sujeitos passam. Segundo Freud (1917/1996), o luto é conceituado como uma reação à perda, a algo, não necessariamente a alguém que muito se estime, mas que tome as mesmas proporções. Seria um fenômeno mental consciente, considerado natural e constante do desenvolvimento humano. Para o autor, o enlutado sabe exatamente o que perdeu. O luto é um processo doloroso, instalado para a elaboração da perda, que tem como características uma tristeza profunda, com pensamentos sobre o objeto perdido, com perda de interesse no mundo externo e a incapacidade de substituição com a adoção de um

novo objeto de amor, porém pode ser superado após algum tempo e, por mais que tenha um caráter patológico, não é considerada doença, sendo assim, interferências tornam-se prejudiciais.

Parkes (2013), considera que o luto pode ser compreendido como um entrelaçamento de reações psíquicas conscientes e inconscientes suscitadas por uma perda significativa. Geralmente é vivenciado como um processo doloroso, que transcende o âmbito individual e repercute na vida de todos os que convivem, direta ou indiretamente, com a pessoa que vivencia a terminalidade. Embora faça parte da existência humana, é uma experiência árdua, dolorosa e indizível. A perda de qualquer ordem gera o sentimento de luto.

Gesteira *et al.* (2006) definem o luto como uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. Bromberg (2000 como citado em Gesteira *et al.*, 2006) ressalta a existência de alguns fatores que geram o processo de luto: fatores internos, estrutura psíquica do enlutado, histórico de perdas anteriores, circunstâncias da perda, crenças culturais e religiosas, e apoio recebido.

Elisabeth Kübler-Ross (1998) foi uma pioneira no sentido de sistematizar o processo de perda em estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Entretanto, outros autores, como Simonetti (2004), entendem que o luto não é apenas um processo de sucessivas fases, mas também um carrossel de reações e sentimentos que se alternam de diferentes maneiras em cada situação de perda.

Freud (1917/1976) aponta que "o luto é trabalho psíquico que não requer tratamento". Para que o luto seja realizado, o autor indica algumas condições que o psiquismo vai concretizando com a ajuda do tempo, como superinvestimento e posterior desinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto, teste de realidade, reconhecimento social da dor do sujeito e elaboração da ambivalência.

Atualmente tem-se debruçado mais para o estudo do luto, não só seu conceito, como clinicamente e suas implicações terapêuticas como um processo de construção de significados para o enlutado, a revisão de identidade, nas relações sociais, nas relações com o morto e no sistema de crenças. Previne-se a patologização desse fenômeno ao compreender o luto como um processo que faz parte do ciclo vital. (Franco, 2014).

3.6.3 Luto Perinatal

Mundialmente, o luto perinatal é definido como um processo pessoal e não patológico às experiências de mulheres que perderam um filho durante o período perinatal, em qualquer momento, seja ocasionada pelo aborto espontâneo, natimorto, interrupção da gravidez devido a indicações médicas e morte neonatal. Geralmente, leva a vivência indescritível para os pais, difícil de assimilar, considerando que o nascimento representa o início da vida e não o fim. (Kersting & Wagner, 2012). Após sofrer uma perda, tem início o chamado processo de elaboração do luto. Vários fatores tornam esta questão complexa e marginalizada, colocando-a no fundo da agenda política: as taxas de natimortos não estão incluídas nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, nem rastreadas pela ONU, nem nas métricas de Carga Global de Doenças tornando-o um problema invisível. (Salgado, et al., 2021).

A morte de um filho antes ou logo depois do nascimento rompe com a ordem natural da vida, assim como interrompe os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que normalmente são depositados na criança que está por vir. Nas palavras de Torloni (2007), "A morte de um feto é a morte de um sonho". A elaboração do luto pela morte de uma criança antes de seu nascimento tem uma dinâmica diferente, pois "a construção de vínculos afetivos fortes e de recordações de convivência mútua fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência da criança é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo. (Duarte & Turato, 2009).

Segundo Lucas (1998), na morte fetal, o que se perde é o bebê imaginário que não pôde se fazer real; a mãe não vislumbrou a sua presença física, mas sente sua morte como alguém que já esteve ao seu lado. A perda está representada na mudança e nas marcas corporais que a gestação produz, pelo seu aspecto físico e mesmo psicológico (sua posição na história e no cenário de suas relações) e de uma relação que se enlaça desde o período intra-uterino, a dependência fisiológica até a atenção aos movimentos fetais e as falas com as quais se comunica com o bebê, assim como acontece no pós-parto das mães que veem o nascimento de seus bebês e os possuem *no real*, podem tocá-los, senti-los e construir um campo relacional concreto, um laço, que perpassa as preparações psíquicas (imaginárias e simbólicas) e que perdura no contato real, quando este pode se fazer.

A significação da morte de um filho, fetal ou infantil, tem muito a ver com o desejo no qual ele foi presentificado, com o número de filhos que a mulher já tem e com a atribuição da culpa desta morte (Souza, Wottrich, Seelig, et al., 2007; Lucas, 1998). Como evidencia Freitas (2000), a morte de um ente querido produz desconforto psíquico que progride em relação ao trabalho de luto, de retirada das cargas libidinais, dos afetos que o vinculavam com o outro,

para representá-lo intrapsiquicamente de outras formas. Perdendo o objeto amado, o enlutado defronta-se com o vazio, com a falta de sentido, com a fragilidade do próprio ego, que se mantém em relação aos outros. A morte representa o real, o indizível, a impossibilidade de significação.

Kennelle Klaus (1992) afirmam que quando um bebê morre, geralmente elimina-se rapidamente qualquer evidência da morte, o que torna sua comprovação ainda mais árdua de ser reconhecida e elaborada. Raramente instituições hospitalares oferecem práticas que possibilitem que pais e familiares possam se expressar e vivenciar livremente os sentimentos de luto. Não se costuma incentivar os pais a verem o bebê, nem mesmo a falar sobre o que aconteceu. Normalmente, após um óbito fetal, os pais podem contar com poucas recordações do filho, provocando com frequência uma sensação de irrealidade e vazio.

Muitos pais suprimem sua dor em público. Mulheres cujos bebês foram natimortos muitas vezes se sentem estigmatizadas, socialmente isoladas, menos valorizada pela sociedade e, em alguns casos, estão sujeitos ao abuso e a algum tipo de violência. (Carvalho & Meyer, 2007). Nessa direção, o cuidado ao processo de enlutamento não é incluído no acolhimento desses casos, agravando os riscos de adoecimento psíquico materno.

3.6.4 Posicionamento do profissional de saúde frente a comunicação da morte perinatal

A forma de abordagem pelos profissionais em relação a morte/perda e a dificuldade de elaboração do luto decorrente do óbito fetal ou de recém-nascido, é vivenciada pela sociedade como algo que deve ser evitado. Opta-se pela negação e racionalização, sem o contato com a angústia. (Iaconelli 2007).

Um estudo realizado por Souto & Schulze 2019, em uma maternidade pública do estado de Santa Catarina, entrevistou profissionais de saúde que trabalhavam em Unidade Neonatal, entre enfermeiras e médicas, na faixa etária dos 25 aos 45 anos, que teve por objetivo investigar as experiências e formas de enfrentamento de profissionais de saúde diante da comunicação de más notícias em uma Unidade Neonatal, onde foram elaboradas duas categorias de análise: Experiências em relação ao preparo profissional e Experiências em relação a protocolos de comunicação de más notícias. Os resultados apresentaram que a maioria dos profissionais de saúde não se sente preparada para comunicar más notícias e baseiam-se em experiências

peçoais ou profissionais. Destaca-se também a não utilização de protocolos/embasamento teórico, porém existe reconhecimento dessa importância.

Destacando um outro estudo qualitativo, realizado em dois hospitais espanhóis, publicado em 2019, foi evidenciado que na Espanha não há atendimento padronizado para famílias em luto perinatal, havendo grande variabilidade de atendimento na prática diária para mães e pais que sofrem tal perda. Nesse sentido, o estudo apresenta diversos relatos de pais e mães que sofreram uma perda perinatal, evidenciando como fatores que pioram o sofrimento, o silêncio e certas expressões da equipe de saúde, ausência de esclarecimento ou explicações com termos técnicos pelos profissionais, estarem sozinhas no momento do ultrassom que traz uma má notícia, bem como não conseguirem se despedir do seu bebê ou a sensação de nunca terem o visto. (Camacho, Fernandez, et al., 2019).

Mesmo os profissionais que convivam com perdas diárias, como os especialistas em cuidados paliativos ou em emergências, podem sentir um desconforto inerente à comunicação de más notícias. Falar sobre morte é sempre difícil, embora existam técnicas específicas para o enfrentamento dessas situações, pois o tema além de tristeza e angústia, pode levar a revisitar lembranças dolorosas e fazer com que o profissional reviva suas experiências pessoais de perda, e é frequentemente desconsiderado no cotidiano da prática clínica esse aspecto que envolve as emoções dos próprios profissionais da assistência. (Salgado & Polido, 2018).

Salgado & Polido (2018) abordam, ainda, que por mais tristes e chocados que os profissionais estejam com a situação de uma morte eminente, devem ter em mente que naquele momento são os únicos em condições de conhecimento técnico e de preparo para, com responsabilidade e respeito, prestar suporte e cuidado a família, com empatia, garantindo bem-estar e a dignidade de todos, em um momento que será lembrado pelos pais para o resto da vida. Essa tarefa exige reflexões acerca da humanização, cuidado, respeito a individualidade, dos valores e escolhas pessoais para lidar com a tristeza, a dor e o luto de pacientes.

Para que uma comunicação se estabeleça de maneira satisfatória, esta deve ser aperfeiçoada com o intuito de diminuir o impacto emocional e psicológico sobre os envolvidos e proporcionar melhor assimilação da nova realidade. Possibilitar o acesso do paciente e da família às informações sobre o quadro clínico vigente permite que eles vivenciem esse momento de forma menos dolorosa. (Rodríguez, 2014).

3.6.5 Fluxo de Assistência à Mulher em Situação de Perda Perinatal

Apesar da literatura científica reconhecer que o luto perinatal pode desencadear sobrecargas psíquicas, inclusive o luto complicado, o suporte psicológico a essas mulheres muitas vezes não é oferecido e manuais de intervenção são raramente aplicados nesse contexto. (Kersting & Wagner 2012; Corno, Baños, et al., 2020). As fontes de referências na literatura obstétrica no Brasil abordam, brevemente em seus textos, a perda perinatal e a necessidade do acolhimento por parte dos profissionais de saúde a essas mulheres, contudo não constam de protocolos e diretrizes.

O Ministério da Saúde, através do *Manual de Gestão de Alto Risco* (2012/2022), determina que para o manejo do luto, componentes do cuidado devem ser essenciais: deve ser avaliado o momento de angústia da mulher após diagnóstico de óbito fetal e oferecer a possibilidade de um ambiente em que elas se sintam seguras para a tomada de decisão na condução, quando possível, podem optar por retornar para casa e vivenciar a situação, após orientação e aconselhamento dos profissionais de saúde, discutindo com seu companheiro e familiares, recebendo apoio deles. Os componentes do cuidado com o manejo do luto incluem: boa comunicação; tomada de decisão compartilhada; reconhecimento da maternidade e da paternidade; reconhecimento da tristeza do parceiro e da família; reconhecimento de que o luto é individual; consciência do sepultamento, cremações e funerais; suporte emocional; treinamento dos profissionais de saúde com os cuidados de luto; e profissionais de saúde com acesso ao autocuidado.

O MS (2022) aborda os sentimentos de culpa ou raiva nos pais que sofreram um parto prematuro são comuns e podem ser ampliados quando o feto morto era malformado ou com defeito genético. Assim, os aspectos psicológicos devem ser abordados com a equipe multiprofissional e acompanhados por longo tempo. O acolhimento adequado às gestantes é fundamental. Os médicos devem levar em conta a vontade e o estado emocional da mulher, estar capacitados para dar a má notícia e ainda falar sobre os cuidados atuais e futuros.

As vantagens e as desvantagens clínicas devem ser esclarecidas e estarão relacionadas quase exclusivamente a seus efeitos emocionais e psicológicos. A gestante é quem deve fazer a escolha, com o apoio e orientação da equipe médica (que precisa oferecer informações necessárias para que a melhor decisão seja tomada, como também orientar que a mulher ou o casal se permita receber apoio psicológico, de seus familiares ou de sua comunidade).

Considera-se que o luto perinatal é um processo peculiar tanto para a família que enfrenta a perda, quanto para os profissionais de saúde que prestam a assistência. A ausência de materiais que guiem as condutas de uma equipe multiprofissional, auxiliando em como

abordar as emoções da mulher (o que não fazer ou o que oferecer a elas nesse momento, por exemplo, se ela deve ou não se despedir do seu bebê), cria uma rachadura no acolhimento, o que pode promover a piora do sofrimento do luto. (Camacho, Fernandez, Jemenez, et al., 2019).

É complexo para a equipe de saúde lidar com a morte nas maternidades, especialmente quando não há protocolos institucionais específicos (Setubal, Antônio, et al., 2018). Para poder oferecer uma melhor assistência, o profissional também necessita de conforto treinamento, *debriefing* e suporte profissional. (Farralles, et al., 2020).

Diretrizes e regulamentações relacionadas à perda de gravidez, natimorto ou morte de bebês não são um problema novo. No Reino Unido, Sands (Stillbirth & Neonatal Death Charity) - uma instituição de caridade que trabalha com famílias enlutadas e profissionais de saúde, publicou um documento muito completo (Schott 2016) sobre esse assunto. Canadá (2001), Austrália e Nova Zelândia (2018), entre outros países, também possuem diretrizes próprias e específicas e a França possui legislações específicas, reconhecendo a importância e garantem que esse cuidado tenha efeitos permanentes. (Salgado, Andreucci, et al., 2020).

Até então, o Brasil possuía escassa literatura sobre o assunto. Foi realizado trabalho de pesquisa: um estudo sobre luto complicado comparando mulheres brasileiras e canadenses que perderam seus bebês, onde mostrou que os canadenses passam por um processo de luto menos complicado do que as brasileiras, sugerindo que grupos profissionais de apoio ao luto, que é uma cultura incipiente no Brasil, fazem a diferença. (Paris, et al., 2016).

No documento da OMS de 2000 “Gerenciando Complicações na Gravidez e no Parto: Um guia para parteiras e médicos” (reimpresso em 2007), a OMS apresentou princípios a serem considerados quanto ao óbito perinatal, como evitar a sedação materna, para incentivar as mulheres a ver e segurar seus bebês, para coletar lembranças de bebês, entre outros. (Salgado & Polido, 2018).

Galvão e Morsch (2020), descreveram que contemporâneos estudos brasileiros trazem à luz a dor irreconhecível de pais que vivenciaram perdas perinatais. Em 2018, o livro “*Como lidar — Luto Perinatal: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*”. (Salgado & Polido 2018), baseado na diretriz canadense que orienta os profissionais de saúde em situações de perda gestacional e neonatal, foi publicado com o propósito de contribuir para a assistência obstétrica e neonatal no Brasil. Baseado nesta publicação, foi desenvolvido um estudo de intervenção, publicado em Janeiro 2021, realizado em uma maternidade no sudeste do Brasil, pressupondo que protocolos institucionais locais desenvolvidos, a partir de diretrizes

de apoio ao luto, pudessem oferecer melhor assistência nos cenários de perda para mulheres que vivenciaram natimortos ou óbito neonatal.

Partindo-se da suposição de que os cuidados físicos e emocionais, assim como os momentos passados com o bebê e a coleta de lembranças, aumentam as chances de uma experiência de luto saudável, foram convidadas para participar do estudo, um total de quarenta mulheres participantes que tiveram um aborto espontâneo entre 12 e 20 semanas, onde os profissionais receberam apoio com base em protocolos de mediação. Após as intervenções, os profissionais sentiram diminuição do desespero e relataram se sentir cuidados e assistidos. Os resultados podem provavelmente se aplicar a perdas de gravidez, independentemente da idade gestacional. (Salgado, Andreucci, et al., 2021).

Em 2019, foi lançada a ação “Por que precisamos falar sobre a perda de um bebê” (QUEM/OMS 2019), com o objetivo de tornar visíveis os abortos, natimortos e óbito neonatal em todo o mundo, bem como retratar a necessidade de boas práticas e profissionais de saúde qualificados. A iniciativa se alicerçava nas vivências das mulheres com perdas perinatais e em dados epidemiológicos, e propunha o fim do “estigma inaceitável e vergonha que as mulheres enfrentam após a perda do bebê”, reivindicando empatia, respeito e apoio durante o atendimento a essas mulheres.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa descritiva, a partir das narrativas de mulheres em situação de perda. A pesquisa narrativa deve ser entendida como uma forma de compreender a experiência humana, com histórias vividas e contadas, segundo Clandinin e Connelly (2011). A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. (Denzin & Lincoln, 2006).

4.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Distrito Sanitário de Brotas em Salvador-Bahia, campo de prática de trabalho da pesquisadora, sendo escolhido mediante a melhor conveniência de acesso às informações da VEO (Vigilância Epidemiológica dos Óbitos) /VIEP (Vigilância Epidemiológica), e ter contato de forma direta com as mulheres que passaram por situações de perdas, ao realizar as investigações dos casos de Óbitos Infantis e Fetais.

O Município de Salvador, a capital do estado da Bahia, é considerada a cidade mais populosa do Nordeste e a quarta mais populosa do Brasil, com 2.953.986 habitantes. (IBGE, 2017).

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), em implementação do SUS tem suas unidades de saúde organizadas em doze Distritos Sanitários que constitui uma organização político e administrativo, composto por: Centro Histórico Itapagipe, São Caetano/Valeria, Liberdade, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário, Cajazeiras e Brotas. (SM Salvador, 2018 -2021).

Um Distrito Sanitário pode ser compreendido, enquanto estratégia de construção do SUS, num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceituais e operacionalmente importantes, como também, sendo a menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. (Almeida & Castro, 1998).

O Distrito Sanitário de Brotas (DSB) localizado na região central do município do Salvador, é caracterizado como o terceiro distrito mais povoado de Salvador e considerado de alto desenvolvimento, abrangendo 37 localidades, com uma população de 217.100 habitantes e uma cobertura de Atenção Básica de 25,5%, sendo 13% da Estratégia de Saúde da Família. (SM Salvador, 2018-2021).

Em 2018, o número de Nascidos Vivos (NV), correspondiam a 1,1% da população geral do distrito, enquanto que os óbitos perinatais no mesmo ano, corresponderam a 2% dos óbitos totais ocorridos. A taxa de mortalidade infantil foi de 14,9/1000 NV onde o número aceitável pela OMS é de 10/1000NV. As principais causas dos óbitos foram: Demais causas perinatais, Prematuridade, Anomalias congênitas e demais Anomalias, respectivamente. Quanto às semanas de gestação 30,5% estavam entre 22 a 27 semanas; 22 % de 32 a 36 semanas e 19,4% de 37 a 41 semanas, e o peso variou entre 501gr a 1 kg correspondendo a 36% e 33% acima de 2,500 gr. (SIM/DATASUS, 2018). Entre os anos de 2020 a 2023 ocorreu um total de 94 óbitos infantis, sendo o ano de 2022 o período que mais ocorreram notificações, com 38 casos, o que representou um coeficiente de 21,6. Nos anos de 2020 e 2021 os coeficientes não passaram de

10,0, já o ano de 2023 até o momento foram registrados 19 casos de óbitos que equivale ao coeficiente de 13,4.

Quanto aos óbitos fetais entre 2022 a 2023 a ocorrência foi de 54 casos, tendo 26 casos ocorridos em 2022 e 28 no ano de 2023. Sobre as causas (CID 10) dos óbitos, observou-se que 94,4% estiveram relacionados a afecções originadas no período perinatal, com destaque para transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (56,9%) e feto afetado por fatores maternos e complicações graves (23,5%).

4.3 Participantes do Estudo

O estudo é composto por mulheres que sofreram perda perinatal, no sistema público e/ou privado, que foram notificadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/MS), de setembro de 2020 a março 2021, residentes no Distrito Sanitário de Brotas na cidade de Salvador-Bahia. Foi utilizado o método de conveniência entre os casos notificados, para a seleção das participantes, pela dificuldade de acesso às mesmas, durante a pandemia pelo Covid-19.

Foram incluídas no estudo mulheres, com faixa etária maior que 18 anos, que passaram por perdas perinatais (considerada perda fetal e perda infantil), no período estabelecido para coleta da pesquisa, com os casos notificados do SIM/DATASUS e investigados pela Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário de Brotas. Foram excluídas as mulheres em situação de impedimento psíquico ou físico/clinico, em situação de perdas por abortamento, as não localizadas durante a busca do contato e as que não aceitaram participar da pesquisa.

Apesar da perda por aborto espontâneo ser considerado, também, uma perda gestacional, conseqüentemente englobando todo o processo de sofrimento psíquico e luto, não foi incluído nesse estudo esse tipo de perda, por não conter na lista dos óbitos investigados pela Vigilância dos Óbitos, preconizados pelo MS.

4.4 Coleta de Dados

O caminho metodológico utilizado neste estudo organiza-se a partir de duas frentes de investigação com o intuito de responder aos objetivos propostos. Inicialmente, a seleção das participantes ocorreu através da situação das ocorrências dos óbitos infantis e fetais em Salvador, adquiridas em consultas à base de dados ao Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/WEB), sendo informações oficiais públicas, e destacados os casos referentes ao Distrito estudado. Foi avaliada, a partir das informações secundárias, os subsídios, contemplando o perfil epidemiológico das participantes (raça cor, bairro, local de ocorrência do óbito, causa óbito e idade).

Levantou-se, no segundo momento, informações sobre a percepção materna, obtendo-se, então, a análise da qualidade da assistência, a partir das informações dos dados primários da ficha padrão de Investigação dos Óbitos Infantis e Fetais de notificação compulsória de agravo da Vigilância Epidemiológica (VIEP), através de uma entrevista semiestruturada, contendo uma pergunta geradora/desencadeadora/norteadora, com o intuito de trazer as falas, assim associadas aos sentimentos presentes.

A partir dos critérios de inclusão, foram selecionadas 10 mulheres, sendo 9 efetivamente contactadas, 01 não atendeu a ligação, 02 disseram que não tinham tempo disponível, remarcando o encontro até o prazo final estabelecido para entrevista, 02 se recusaram a participar, justificando a mobilização emocional que o relato traria no processo de elaboração do luto, fazendo revisitar o momento onde a dor ainda estava latente, considerando pouco tempo do ocorrido. Partindo do total inicial, 05 participantes concederam a entrevista.

Após o contato telefônico e a aceitação da participação na pesquisa, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE para leitura e assinatura. Ainda assim, no momento da entrevista, o TCLE foi lido pela pesquisadora, e após o consentimento, a entrevista foi iniciada. Considerando as medidas sanitárias preventivas adotadas por causa da pandemia Covid-19, foi realizado um único encontro particular, para as entrevistas, que ocorreram de forma online, pela plataforma ZOOM. Duas participantes preferiram a chamada de vídeo pelo whatsapp. O Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, foi enviado para cada uma, por e-mail, para assinatura. Antes de iniciar as entrevistas foi novamente realizado a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quadro 1 - Processo de Seleção das participantes

Nº de Participantes selecionadas	Não atendeu ligação	Sem tempo disponível	Recusaram por mobilização emocional	Concederam a entrevista
10	01	02	02	05 *(03 pelo zoom) (02 chamada de vídeo pelo whatsapp)

A questão geradora/disparadora para a entrevista semiestruturada buscou compreender a experiência da participante durante o processo de acolhimento pela equipe de saúde, onde foi

elaborado o questionamento na entrevista aproximadamente com a seguinte pergunta: “*Relate como foi a sua experiência durante o processo de acolhimento pela equipe de saúde em toda a sua assistência, durante e após a perda de seu filho (a).*” A partir da resposta da participante, conforme o método de pesquisa, a entrevista seguiu por questões significativas e geradoras da própria dinâmica do diálogo e das narrativas.

As narrativas foram gravadas no celular da pesquisadora, a partir da autorização prévia pelo TCLE. Posteriormente, foi realizada a transcrição das entrevistas, para posterior análise dos dados. Houve registro no diário de campo, como apoio descritivo para o pesquisador, os dados observados: a ambientação no momento da entrevista, presença de expressões de emoções e contexto que antecede e/ou precede cronologicamente os fatos da história. O fechamento ocorreu segundo critério da entrevistada.

4.5 Análise dos Dados

A análise do material da pesquisa foi realizada a partir de três fontes: dos conteúdos da ficha padrão do MS, pelas entrevistas transcritas e pelo diário de campo. Os encontros foram gravados, captando todas as falas, sons e imagens que puderem ser observadas, transcritas e editadas, onde receberam um tratamento analítico, com identificação e categorização.

Adotou-se como referência as três fases básicas de conteúdo denominadas “polos cronológicos”, quais sejam: 1^a) pré-análise e organização dos dados coletados; 2^a) exploração do material, momento que acontece a classificação dos dados; 3^a) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

O processo de categorização utilizado atendeu às etapas conforme recomendado por Minayo (2016). No primeiro momento, foi realizada uma leitura flutuante dos materiais obtidos, com o objetivo de verificar as estruturas de relevância e as ideias centrais; na segunda fase, procedeu à codificação dos dados de forma sistematizada, relacionadas com o objeto da pesquisa, em análise mais aprofundada da singularidade de cada história, com processo de identificação e seleção, agrupando os núcleos de sentido (proposições; ideias), que deram origem às categorias temáticas. Na terceira e última fase, que compreende tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, procedeu-se a descrição, interpretação e discussão das categoriais organizadas em eixos temáticos que serão expostas nos resultados deste trabalho.

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada, e aceita por carta de anuência, na área de pesquisa em Seres Humanos pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em novembro de 2020 sob o número CAAE: 29643119.1.0000.5544.

O pesquisador responsável iniciou a pesquisa somente após aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS. O protocolo está em consonância com o estabelecido na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS e na Resolução 510/16. As participantes foram devidamente esclarecidas sobre o objetivo, o método de coleta dos dados e o desenvolvimento da pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) só foi assinado após liberação da Carta de Anuência pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS e as participantes confirmaram seu consentimento no ato de responder a entrevista. Para assegurar e preservar o sigilo a identidade das participantes, foram atribuídos nomes fictícios na análise dos dados e na apresentação dos resultados. Durante todo o processo da pesquisa o anonimato, a confidencialidade dos dados e a participação voluntária foram respeitados, mantendo postura ética.

Os dados coletados pela presente pesquisa foram utilizados, exclusivamente para os fins científicos, mantendo-se o sigilo, quanto à sua identificação e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades envolvidas. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome e dados foi mantido em sigilo, bem como a guarda do material coletado ficará em posse do pesquisador em local seguro em sua residência, em armário com chave, durante 5 anos. Após esse período o material de gravação será apagado, sendo incinerados os papeis e os digitais serão excluídos, descartado inclusive da lixeira eletrônica.

Conforme determinação da Portaria nº 72 de 11 de Janeiro de 2010, parágrafo 3º do Artigo 7, do Ministério da Saúde, o prazo para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação, realização e a conclusão do caso pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e envio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal à Secretaria Municipal de Saúde é de, no máximo, 120 (cento e vinte) dias a contar da data da ocorrência, porém a referida portaria não estabelece prazo com reconhecimento do luto e a proteção emocional da entrevistada.

Considera-se, entretanto, que o luto é um processo subjetivo que envolve tempo diferentes para as pessoas. Portanto, para minimizar o risco de uma mobilização, foi previsto atendimento psicológico, onde também foi ressaltada a possibilidade da participante suspender a entrevista em qualquer momento.

Esta pesquisa, por ser de abordagem qualitativa, poderia acarretar mobilização psíquica na participante e desencadear sofrimento ao compartilhar informações de vivência pessoal, e/ou constrangimento, ou mesmo alterações de comportamento motivadas pela gravação da entrevista.

Desta forma, como medidas preventivas e para minimizar ou sanar os riscos, foi prioritário a escolha em um horário conveniente e espaço seguro, reservado, em um ambiente privativo, mesmo sendo online, que beneficiasse a aplicação da entrevista e registro das narrativas, com uma escuta privilegiada, onde as participantes foram informadas sobre todos os aspectos da pesquisa, além de serem informados sobre os riscos, os critérios para participação da pesquisa, bem como não precisar responder caso não quisesse ou desistisse em participar.

Caso isso ocorresse, a entrevista seria interrompida imediatamente, sendo oferecido um atendimento individual por uma psicóloga em um Centro de Saúde Mental de apoio psicossocial vinculado ao distrito correspondente, previamente contactado, como também, foram discutidas as formas de encaminhamento e agendamento pela pesquisadora, que se comprometeu em seguir todas as normas e diretrizes vigentes direcionadas pelas resoluções 466/12 e 510/16 (Pesquisa com Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, mantendo postura ética diante desta pesquisa e dos participantes da mesma. Porém tais interferências não foram necessárias.

Considerou-se que esse estudo poderia trazer benefícios às participantes, uma vez que a narrativa dos fatos, em alguns casos, poderia ajudar na elaboração do luto com proveito da assistência terapêutica e nas estratégias para produção do produto desse estudo.

Os resultados poderão possibilitar a inclusão da estratégia para aperfeiçoar e fortalecer a assistência às mulheres em situação de perda, contribuindo na melhoria da qualidade da assistência verticalizada dando espaço para uma atenção integral humanizada e dialógica.

5 RESULTADOS

A partir das entrevistas com as cinco participantes da pesquisa foram levantados dados com o propósito de caracterização do perfil das mulheres. Identificando-se então: idade;

raça/cor; estado civil; religião; número de filhos; tipo do sistema de saúde; classificação do óbito e causa óbito, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 2 - Caracterização das participantes

	Idade	Raça	Est. Civil	Religião	Nº de Filhos	Sistema	Classificação óbito	Causa Óbito
1. Hortência	35	Branca	Casada	Evangélica	0	Privado	Neonatal	Asfixia IU
2. Rosa	31	Branca	Casada	Simp Espirita	0	Privado	Neonatal	Infecção
3. Lótus	34	Negra	Casada	Católica	0	Privado	Neonatal	Cardiopatia
4. Jasmim	36	Parda	Solteira	Sem religião	1	SUS	Fetal	Hipoxia IU
5. Girassol	32	Branca	Casada	Espirita	1	SUS	Fetal	Hipoxia IU

Fonte: Dados da pesquisa

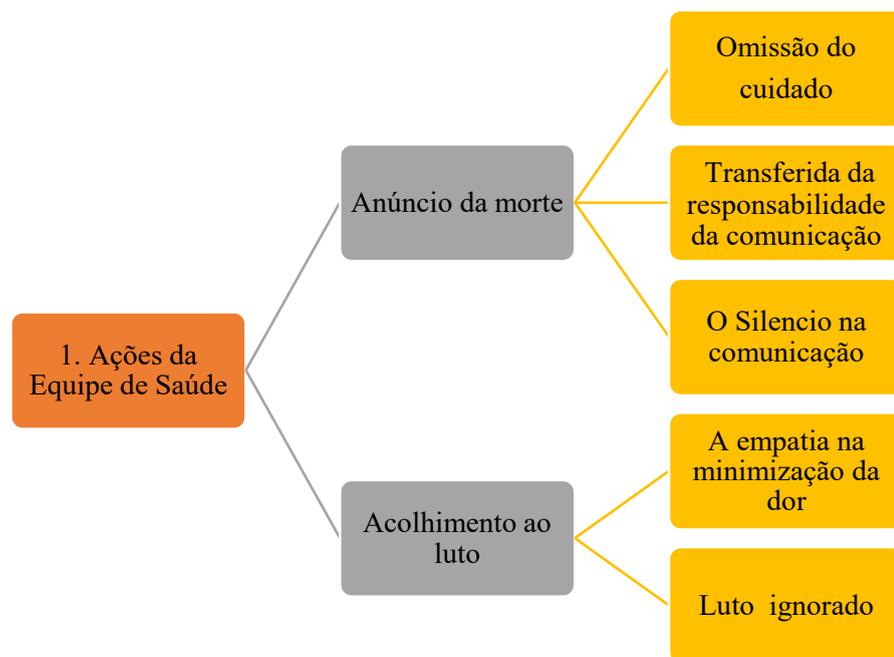
As partícipes apresentaram uma faixa etária entre 31 a 36 anos. Quanto à auto definição da cor e da raça, as respostas das entrevistadas seguiram a padronização adotada pelo IBGE, de modo espontâneo, onde três mulheres se denominaram branca, uma parda e uma negra. Em relação ao estado civil, quatro são casadas e uma se declarou solteira. No que diz respeito a religiosidade: uma afirmou ser evangélica, uma católica, uma simpatizante espírita, uma espírita e uma sem religião. Três das entrevistadas tinham nível de escolaridade superior e duas, nível médio. Três eram primigestas e duas estavam na segunda gestação (secundigesta). Em relação ao vínculo com o sistema de saúde, três tinham assistência privada e duas do sistema público (SUS). Em relação a classificação dos óbitos: três deles foram óbitos neonatais precoces, com idade gestacional de: 35, 31 e 39 semanas respectivamente, e dois considerados fetais com 22 e 28 semanas de gestação; a causa óbito foi estabelecida segundo preenchimento da Declaração de Óbito (DO): um caso como Asfixia Intrauterina, dois casos como Hipóxia Intrauterina, um por Infecção e um por Cardiopatia Congênita.

Em sequência, o percurso traçado como resultados e discussões, visa caracterizar a atuação dos profissionais quanto ao acolhimento na rede de saúde, voltado para a assistência às mulheres em situações de perda perinatal, a fim de fornecer elementos que diminuam a lacuna identificada no estado da arte. Sob as perspectivas dessas mulheres, originadas dos relatos das entrevistas, organizou-se as seguintes categorias: Vínculo mãe filho; Risco da perda gestacional; Anúncio da morte; Ausência do acolhimento ao luto; Abordagens e condutas na pandemia; Luto ignorado; Rede de apoio; Espiritualidade. Em seguida, as categorias foram reagrupadas, quando pertinente, em dois eixos temáticos: *1. Sobre Ação da Equipe de Saúde e 2. Sobre A Experiência Materna.*

1. Ação da Equipe de Saúde

Esse primeiro eixo temático discorre sobre a percepção das mulheres, através das suas narrativas, em relação à habilidade profissional, as formas de abordagens, comunicação da morte, ações, acolhimento e atitudes dos profissionais de saúde, no campo da prática do cuidar, diante da dor da perda fetal e neonatal. Foi originado a partir do agrupamento das categorias, abrangendo as subcategorias: Anúncio da morte e Acolhimento ao luto.

Figura 1 - Árvore temática 1, a partir das categorias 1 do discurso emergente das mulheres participantes e observações de análise



Ações da Equipe de Saúde

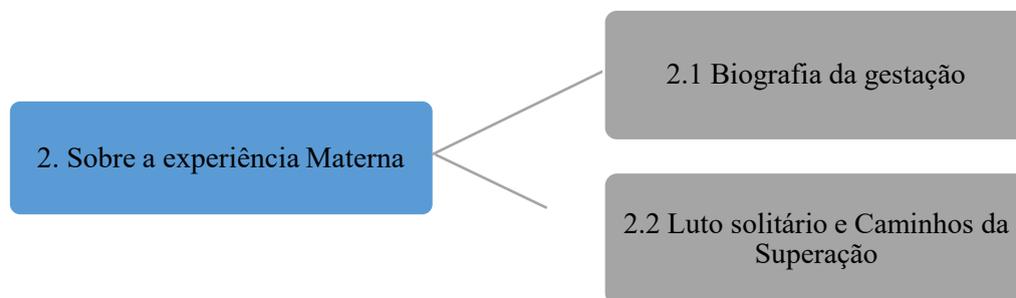
Essa categoria aborda o ato da comunicação da morte, pelo profissional de saúde, à mulher após sua perda fetal ou neonatal precoce, apresentando suas especificidades no ato da notícia, incluindo o quanto isso pode influenciar na sua dor e no seu processo de elaboração do luto, identificando assim, a percepção do sentir-se acolhida, desdobrando-se no psiquismo e na vida da paciente. Organiza-se em duas subcategorias: *Anúncio da Morte e Acolhimento ao Luto*.

O **segundo eixo temático** denominado: *2. Sobre a Experiência Materna*, foi originado do agrupamento das categorias: 2.1 Biografia da Gestação, (envolvendo as subcategorias: Vínculo mãe-filho e Risco da perda gestacional); 2.2 Luto solitário; 2.3 Caminhos de Superação da Perda (com as subcategorias Rede de Apoio e Espiritualidade).

2 Sobre a Experiência Materna

No eixo temático, *Sobre a Experiência Materna* abordou-se as narrativas referentes as histórias vividas pela mulher, relacionadas a sua gestação, o vínculo estabelecido mãe filho construído no período gestacional, ou até mesmo antes da gestação, o luto isolado e a rede de apoio e espiritualidade como caminhos de superação do luto e ressignificação da morte. Esse eixo foi originado a partir do agrupamento das categorias: Biografia da gestação, Luto solitário e Caminhos da Superação.

Figura 2 - Árvore temática 2, a partir da categoria 2 do discurso emergente das mulheres participantes e observações de análise



Os resultados presentes nesse estudo foram desdobrados e serão apresentados em forma de três artigos a saber:

O primeiro artigo “Atuação da Equipe de Saúde diante da Perda Perinatal na Pandemia Covid-19: A Percepção da Mãe”, o segundo artigo, intitulado “Entre o Gestar e a Morte Perinatal: A Fronteira Simbólica no Trabalho do Luto”.

O terceiro artigo denominado “Humanização do Cuidado à Saúde da Mulher Diante da Perda Perinatal: Fluxos e Protocolos de Atendimento ao Luto na Cidade de Salvador, Ba”, partiu de um estudo documental de busca de protocolos de acolhimentos em hospitais

maternidades. Por fim, como parte do produto da dissertação, elaborou-se um material gráfico visual denominado: “Honrando o Luto Materno - Recomendações para a Assistência a Mulher em Situação de Perda Perinatal”. Esse produto considera a importância, objetivando a visibilização dos profissionais de saúde, favorecendo assim ao acolhimento mais humanizado as mulheres em situação de perdas perinatais.

5.2 Artigo 1 - Atuação da equipe de saúde diante da perda perinatal na pandemia COVID-19: a percepção da mãe

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DIANTE DA PERDA PERINATAL NA PANDEMIA COVID-19: A PERCEPÇÃO DA MÃE

Maria Cristina Gomes de Santana^{1 2}, Isabella Queiroz^{1 3}

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador/ Brasil.
2. Secretaria Municipal de Saúde – Vigilância Epidemiológica – Salvador - Ba
3. Serviço de Referência em Triagem Neonatal – Bahia/ APAE-Salvador, Salvador/Brasil

mariasantana.pos@bahiana.edu.br
isabellaqueiroz@bahiana.edu.br

Resumo: Introdução: O presente estudo estabelece um diálogo entre dois campos de percepção da mulher em situação de perda perinatal, quanto a atuação dos profissionais de saúde referente à habilidade multiprofissional e ao acolhimento ao luto da dor da perda, com ênfase no período da pandemia. **Objetivo:** Descrever alguns desdobramentos das percepções das mulheres, os campos referentes a atuação na comunicação do evento da morte na perda gestacional e neonatal pelos profissionais de saúde e o efeito empático através do acolhimento, como forma de redução da intensidade no impacto inicial desencadeando a dor e o luto como consequência do sofrimento psíquico, vivenciados pela mulher nessa condição. **Metodologia:** O método qualitativo, exploratório foi escolhido para essa pesquisa narrativa por ser entendida como uma forma de compreender a experiência humana, com histórias vividas e contadas. **Resultados:** Foram organizados dois eixos temáticos: 1. Ação da Equipe e 2. A Experiência Materna e subcategorias. Esse eixo foi originado a partir do agrupamento das categorias: Habilidade Profissional e Abordagens e condutas na pandemia pelo Covid-19. O presente artigo aborda a subcategoria ao Anúncio da Morte e o Acolhimento Ao Luto. **Considerações:** Pôde-se constatar, a partir das narrativas das mulheres, que não houve acolhimento quanto à perda perinatal durante o processo assistencial. Percebendo-se a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde, baseados em diretrizes e protocolos de acolhimento ao comunicado da morte e abordagem as mulheres em situação de perdas perinatais, com relevância, em relação ao acolhimento e o atendimento prestado, no processo da perda, evitando-se repercussões psíquicas que comprometam a saúde mental dessas mulheres e estabelecer estratégias de fluxos de atendimento em instituição secundária, com intervenções psicológicas para os profissionais de saúde, como suporte a saúde mental durante e pós-pandemia pelo Coronavírus.

Palavras-chave: Perda. Profissional de Saúde. Acolhimento. Pandemia.

Abstract: Introduction: This study establishes a dialogue between two fields of perception of women in a situation of perinatal loss, regarding the role of health professionals in terms of multidisciplinary skills and welcoming the grief of the loss, with emphasis on the pandemic period. **Objective:** To describe some developments in women's perceptions, the fields related to acting in the communication of the event of death in gestational and neonatal loss by health professionals and the empathic effect through embracement, as a way of reducing the intensity of the initial impact, triggering the pain and mourning as a consequence of psychological suffering, experienced by women in this condition. **Methodology:** The qualitative, exploratory method was chosen for this narrative research because it is understood as a way of understanding human experience, with lived and told stories. Two thematic axes were organized: 1. Team Action and 2. The Puerperal Experience and subcategories. This axis was originated from the grouping of the categories: Professional Skill and Approaches and conducts in the pandemic by Covid-19. This article addresses the subcategory Multiprofessional Skill to Announcement of Death and Reception to Grief. **Results:** It could be seen, from the women's narratives, that there was no reception regarding the pregnancy or neonatal loss during the care process. **Considerations:** It was possible to perceive through the women's narratives the need for training health professionals, based on guidelines and protocols for welcoming the communication of death and approaching women in situations of perinatal loss, with relevance, in relation to the reception and the care provided in the process of loss, avoiding psychological repercussions that compromise the mental health of these women and establishing care flow strategies in a secondary institution, with psychological interventions for health professionals, such as mental health support during and post-pandemic by Coronavirus.

Keywords: Loss. Health Professional. Reception. Pandemic.

Introdução

A representação de uma gravidez, para muitas mulheres, é a realização de um desejo, a vivência de um período de espera, um evento que, de algum modo, imaginam e almejam que o desfecho seja previsível, com o nascimento de uma nova vida e o vir se tornar mãe. No entanto, para algumas mulheres, esse percurso de tempo, relativamente pré-determinado, que vai da concepção ao parto, sofre uma inesperada interrupção, com a perda do seu filho antes do seu nascimento. Acontece, ainda, da perda do bebê ocorrer em um momento próximo ao parto (Salgado, 2018).

A morte de um feto é a morte de um sonho, a perda de um filho, durante a gestação ou logo depois do nascimento, rompe com a ordem natural da vida, assim como interrompe os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que, normalmente, são depositados na criança que está por vir. (Torloni, 2007).

Perda significa, segundo o Oxford Languages, o fato de deixar de possuir ou de ter algo ou alguém. A perda perinatal diz respeito à morte de um filho, seja considerada ainda uma morte embrionária ou fetal (sendo concebido como aborto, a morte ocorrida antes da 22ª semana de gestação, morte fetal após a 20ª-22ª semana gestacional), ou de um recém-nascido. A morte, logo após o nascimento, pode ser classificada como: neonatal precoce, correspondendo as crianças de 0 a 6 dias de vida completos e neonatal tardio, crianças de 7 a 27 dias de vida completos. (Brasil, 2009).

A Mortalidade perinatal se refere aos números, estatisticamente expressos, de óbitos fetais e neonatais ocorridos, em determinado período, por variados fatores, no espaço geográfico considerado, refletindo, assim, expressivamente a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, no pós-parto, ao recém-nascido e do acesso à saúde materno-infantil (Brasil, 2009).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009), define o período perinatal ou morte perinatal precoce, os óbitos que ocorrem entre as 22 semanas completas de gestação até os sete dias completos de nascimento. As elevadas taxas de mortalidade perinatal, estudadas mundialmente, constataam que os óbitos fetais e infantis ainda são um grande problema de saúde pública.

No Brasil, o óbito perinatal permanece como uma grande preocupação para a Saúde Pública, ainda que a estimativa do IBGE seja de queda, no período de 2010 a 2017, constituindo uma exceção a essa tendência o aumento no ano de 2016, atribuído à epidemia de Zika e aos casos de microcefalia ao nascer e outras malformações. Verificou-se, assim, uma interrupção no ciclo de queda, por décadas, segundo os indicadores de mortes de bebês. (Brasil, 2019). Pela 1ª vez desde 1990, o país apresentou um aumento nessas taxas quando foram registradas 14 mortes a cada mil nascidos em 2016, um aumento de 4,8% em relação a 2015, quando 13,3 mortes (a cada mil) foram registradas.

Freud (1976), Kübler-Ross (1998) e Gesteira 2006, desenvolverem estudos sobre a relação das pessoas com a morte, enfocando normalmente os processos de luto, e esses estudos tem sido crescente ao longo dos anos, também por outros autores como Gesteira.(Barbosa & Endo, 2006; Kovács, 2008).

Gesteira *et al.* (2006) define o luto como uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido; sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. A autora destaca a existência de alguns fatores que interferem no processo de luto como: fatores internos, estrutura psíquica do enlutado, histórico de perdas anteriores, circunstâncias da perda, crenças culturais e religiosas, e apoio recebido.

Perante a morte de um filho/a, os pais que vivenciam a dor, apresentam reações semelhantes às aquelas observadas em outras situações de luto, tais como sentimento de vazio interior, culpabilidade, irritabilidade, pesar esmagador, temor de uma nova gravidez, raiva, incredulidade e apatia. (Hutti, 2005). Estudos mostram que aproximadamente, 20% das mães sofrem de algum transtorno psicológico, como depressão ou ansiedade, dentro de um ano após a perda, com chances de desenvolver distúrbios psíquicos que podem impactar em eventuais gestações futuras e no relacionamento com o bebê seguinte. (Badenhorst & Hughes, 2007).

No entanto, outros autores, como Simonetti (2004), entendem que o luto não é apenas um processo de sucessivas fases, mas também um carrossel de reações e sentimentos que se alternam de diferentes maneiras, em cada situação de perda.

Segundo Gesteira (2006), a psicologia entende que para dissipar a dor psíquica de uma perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida e elaborada, mas nunca negada.

No nível profissional, a morte é, ainda, um tema considerado tabu e provoca sentimentos negativos como frustração, decepção, derrota e tristeza. Assim, tratar da perda perinatal é tarefa delicada. Essa experiência não deixa indiferentes os profissionais, que não sabem como devem agir, nem como acompanhar e cuidar da mulher e seu companheiro, após sofrerem uma perda. Portanto, deve-se saber como interpretar e abordar as perdas perinatais e as percepções relacionadas a esse fenômeno. (Cardeal & García, 2005).

O cenário epidemiológico mundial da COVID-19, causada pelo SARS-CoV2, que é um vírus altamente transmissível e de elevado potencial para causar surtos, requereu esforços coletivos no âmbito da saúde pública, na necessidade de monitorar, conter e mitigar os casos através de ações e atividades locais. No Brasil, em abril de 2020, após se instalar a pandemia pelo Covid-19 no país, o Ministério da Saúde (MS) pela Nota Técnica Nº 12/2020, incluiu as gestantes em qualquer idade gestacional e mulheres no período puerperal, que sofreram perdas fetais ou abortamento, até o decimo quarto dia, como pertencentes ao grupo de risco.

O estudo justifica-se a partir da dificuldade dos profissionais de saúde em encarar o óbito perinatal ou neonatal e aos obstáculos enfrentados pela sociedade para enfrentar esse tipo de luto precoce. A relevância se faz na formação acadêmica, com a intenção de informar e buscar uma reflexão sobre a temática as categorias desses profissionais, uma vez que será de grande importância para a assistência realizada por eles no futuro; social, por levar à sociedade o conhecimento científico ao qual, de costume, ela não teria acesso, e para fins de pesquisa, já que outros poderão então fazer uso dos dados encontrados e aqui reunidos e analisados. A temática escolhida vem ganhando grande proporção no interior da própria universidade e dos

seus centros de pesquisa e, sendo assim, o estudo torna-se indispensável para acadêmicos, pesquisadores e sociedade.

O presente artigo abarca os resultados de um estudo denominado *Perda perinatal: percepção de mulheres sobre o acolhimento na rede de saúde*. Será aqui abordado o eixo temático denominado “*Atuação das Equipes de Saúde Diante da Perda Perinatal*” e o desdobramento da dor em processo de luto, destacando-se, a habilidade do profissional para a abordagem nessa circunstância, como também, o contexto da pandemia pelo Covid-19.

Considera-se relevante a intenção de buscar mais informações que levem a um melhor conhecimento e uma maior reflexão sobre a temática, considerando o momento em que se debate e vivencia um alto índice de tensão, medo, angústia, dor pelos mortos e solidão mundial, deixado pelo rastro da pandemia Covid-19. Será de grande importância para a qualidade da assistência, proporcionando a saúde física e mental dessas mulheres em condição de perdas, de maneira acolhedora e igualmente humanizada, visibilizando e validando sua dor psíquica.

Este estudo tem como objetivo descrever, alguns desdobramentos das percepções das mulheres, os campos referentes a atuação na comunicação do evento da morte na perda gestacional e neonatal, pelos profissionais de saúde, e o efeito empático através do acolhimento, como forma de redução da intensidade no impacto inicial desencadeando a dor e o luto como consequência do sofrimento psíquico, vivenciados pela mulher nessa condição, durante a pandemia do Covid-19.

Revisão de literatura

Perda Perinatal: formas de enfrentamento pela equipe de saúde

Segundo Oxford Languages, perda significa o fato de deixar de possuir ou de ter algo ou alguém. A perda perinatal significa a morte de um filho, seja ele considerado ainda uma morte embrionária ou fetal (sendo concebido como aborto, a morte ocorrida antes da 22ª semana de gestação, morte fetal após a 20ª-22ª semana gestacional), ou de um recém-nascido. A morte, logo após o nascimento, pode ser classificada como: neonatal precoce, correspondendo as crianças de 0 a 6 dias de vida completos e neonatal tardio, crianças de 7 a 27 dias de vida completos. (Brasil, 2009).

A Mortalidade perinatal se refere aos números, estatisticamente expressos, de óbitos fetais e neonatais ocorridos, em determinado período, por variados fatores, no espaço geográfico considerado, refletindo, assim, expressivamente a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, no pós-parto, ao recém-nascido e do acesso à saúde materno-infantil. (Brasil, 2009).

Conforme Duarte & Turato, (2009), a elaboração do luto pela perda de um filho antes de seu nascimento tem uma dinâmica diferente, pois para o autor, a construção de vínculos afetivos fortes e de recordações de convivência fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência do filho é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo e, assim, a genitora pode vivenciar essa perda como uma amputação.

Eles ainda complementam a ideia afirmando que a ausência de lembranças também pode trazer a sensação de que o filho foi alguém que não existiu. A morte neonatal é uma perda real, na qual a mãe se vê obrigada a se desligar do seu filho como objeto de amor, com o qual se ligou afetivamente, de modo tão próximo e vivo, tornando-se “um” com ele. Essas mortes são entendidas como um descompasso na sequência natural do ciclo de vida, podendo surgir reações de revolta e de desnorreamento diante da ocasião inesperada, como a culpa pela impossibilidade de gerar um filho, a negação da morte, a desesperança diante do futuro e dos outros destinos de seu desejo, a crença de que o filho pode reviver e atribuir a culpa a outrem, responsabilizado pela perda. A significação da morte de um filho, fetal ou infantil, tem muito a ver com o desejo no qual ele foi presentificado, com o número de filhos que a mulher já tem e com a atribuição da culpa desta morte (Souza, Wottrich, Seelig, et al., 2007; Lucas, 1998).

Estima-se que 4,2 milhões de mulheres estão vivendo com depressão associada à condição de ter um bebe natimorto, observa-se, ainda, que a dificuldade de elaboração da perda de um filho que nem "chegou a nascer" é comumente intensificada pela falta de apoio social. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração desse tipo de luto tendam a ser desconsideradas. (Heazell, et al., 2016).

Durante a gestação, as mulheres ficam mais vulneráveis devido ao estresse, à mudança de humor e à ansiedade, que foram potencializados e associados a novos fatores de preocupação no curso da pandemia, destacando-se, nesse contexto, o receio de contrair o vírus durante a pandemia, o medo da morte e do morrer. Percebe-se também, que a saúde mental dos profissionais de saúde foi consideravelmente afetada em virtude das situações de estresse

ocasionados pela demanda excessiva de atendimentos inesperados a COVID-19. (Pinheiro, et al. 2020).

A morte é uma notícia difícil de ser dada pelos profissionais de saúde e de ser recebida pelos pais. Nesse sentido, é importante zelar pela maneira como a informação é passada durante uma crise no nascimento. Esse é um momento de extrema vulnerabilidade para as mães e o manejo do profissional irá influenciar a maneira como reagirão à situação da perda vivenciada. Uma perda na gravidez pode ser tão estressante que as mães podem não conseguir superar o pesar, adaptar-se à perda ou manter sua autoestima, o que interfere em gestações subsequentes, assim como no relacionamento do casal. (Brasil, 2010).

Mesmo entre os profissionais de saúde, que vivenciam situações envolvendo a morte com maior frequência, existe uma dificuldade inerente a todo ser humano de lidar com a morte, considerando que ela representa o real em nosso psiquismo, aquilo sobre o qual não é possível dizer, acarretando uma impossibilidade de significação. (Freire, 2005).

Um estudo realizado por Souto & Schulze (2019), em uma maternidade pública, do estado de Santa Catarina, entrevistou profissionais de saúde que trabalhavam em Unidade Neonatal, entre enfermeiras e médicas, na faixa etária dos 25 aos 45 anos, com o objetivo de investigar as experiências e as formas de enfrentamento de profissionais de saúde diante da comunicação de más notícias, em uma Unidade Neonatal. Os resultados desse estudo foram organizados em duas categorias de análise: Experiências em relação ao preparo profissional e Experiências em relação a protocolos de comunicação de más notícias, demonstrando que a maioria dos profissionais de saúde não sente preparada para comunicar más notícias baseando sua abordagem a essa situação em experiências pessoais ou profissionais. Destaca-se, no estudo a não utilização de protocolos/embasamento teórico, apesar de ser considerado o reconhecimento dessa importância.

Salgado & Polido (2018), abordam ainda, que por mais tristes e chocados que os profissionais estejam com a situação de uma morte iminente, devem ter em mente que, naquele momento, são os únicos em condições de conhecimento técnico e do preparo para, com responsabilidade e respeito, prestar suporte e cuidado a família. O profissional deve agir com empatia, proporcionando bem-estar e a dignidade de todos, em um momento que será lembrado pelos pais para o resto da vida.

A gestação e o contexto da pandemia por Covid-19

O Ministério da Saúde (Brasil, 2020), considera que as gestantes e puérperas compõem o grupo de risco frente a Covid-19, o que pode ser justificado pelas alterações anatômicas e fisiológicas, principalmente da gravidez, em diversos sistemas, cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e da coagulação. Essas modificações tornam a gestante mais susceptível a pneumonias virais, como aconteceu há pouco mais de 10 anos com o vírus H1N1 e mais recentemente com a SARS-CoV e com a MERS-CoV.

Como a doença foi conhecida recentemente e vários aspectos da sua fisiopatologia eram, pouco conhecidos, tornou-se fundamental estabelecer considerações, recomendações, protocolos, notas técnicas, orientações, planos de contingência e manuais relacionados à Assistência às Gestantes e puérperas, frente à pandemia para o manejo assistencial da Covid-19 e reorganização de fluxo, com base nas melhores evidências científicas disponíveis até o momento. Havia a carência de um material acessível às diversas regiões do país, considerando suas dimensões continentais e heterogeneidade, destacadamente, às populações indígenas e outros povos e comunidades, por vezes, mais vulneráveis aos efeitos dessa infecção. Diante da necessidade emergente, o MS elaborou o *Manual de Recomendações para a Assistência às Gestantes e Puérperas Frente a Pandemia de Covid-19*. (Brasil, 2020).

Em virtude da COVID-19, verificou-se maior risco de complicações maternas, principalmente no último trimestre da gravidez e no puerpério, inclusive com casos de morte materna. (Remuzzi, et al. 2020). Principalmente, nos países em desenvolvimento, as razões de morte materna, no período de pandemia, mostraram-se aumentadas. (Hantoushzadeh, et al., 2020).

O Grupo Brasileiro de Estudos de COVID-19 e Gravidez desde abril do ano, dedicou-se a publicar vários artigos na literatura nacional alertando para o risco de morte materna por COVID-19 (Amorim, 2020). Em um estudo desse grupo, à mesma época, analisando todos os óbitos publicados por COVID-19 no mundo, encontrou 160 óbitos registrados na literatura internacional, - ressaltando que de cada 10 óbitos por COVID-19 no mundo, oito aconteciam no Brasil. (Nakamura, 2020). Toda assistência à saúde à mulher foi afetada pela pandemia, seja pelo receio de algumas gestantes de procurar o serviço de saúde devido às incertezas e ao medo de sair de casa, aumentando a frequência de sinais e sintomas de ansiedade e depressão, ou por falhas graves e muito frequentes da assistência à mulher nos municípios, priorizando a assistência ao tratamento da COVID-19. (Lumbreras, 2020).

No que concerne ao acolhimento prestado às mães durante o período gestacional, afora as circunstâncias impostas pela COVID-19, sabe-se que existe a Rede de Atenção Materna e

infantil - Rede Cegonha - que foi instruída através da Portaria nº 1459/2011, e consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Além disso, essa rede aborda o cuidado à criança com vistas ao direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. São objetivos da Rede Cegonha: organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (Brasil, 2011).

O Ministério da Saúde reconhece que, em meio à pandemia de COVID-19, esta rede deve ser preservada e incentivada a suprir, da melhor forma possível, as necessidades assistenciais às gestantes, puérperas e recém-nascidos. Por ser uma patologia relativamente nova, estudos ainda estão sendo realizados sobre a transmissão vertical e outros achados gestacionais. Tem sido estudada em termos de segurança e eficácia, a proteção ao recém-nascido após a vacinação materna contra SARS-CoV-2 (o vírus responsável pelo COVID-19). (Gilbert, 2021). Um estudo publicado pelo American Journal of Obstetrics and Gynecology (2021), imunidade contra covid-19 pode ser transmitida da grávida para o bebê, mas ainda há diversas dúvidas sobre o tema, como quanto tempo dura a proteção. Recentemente, foi considerada rara e improvável pela maioria dos autores, a infecção viral vertical, via placenta, embora não tenha sido descartada, ressaltando a potencialização das respostas de anticorpos das vacinas, expondo resultados positivos para as gestantes e, até mesmo, para o feto. (Oliveira et al., 2023).

O Ministério da Saúde (2021) lançou a Nota Técnica no 651/2021, com orientações referentes à interrupção da vacinação contra a covid-19 com a vacina AstraZeneca/Oxford/Fiocruz em gestantes e puérperas, após a ocorrência de eventos adversos graves pós-vacinação, com continuidade da vacinação com outros imunos considerados, através de estudos, mais seguros pela Anvisa e o Programa Nacional de Imunizações, como vacinas da Coronavac e Pfizer.

O principal alerta foi que o pré-natal fosse mantido normalmente, tomando sempre os cuidados de higiene e evitando contato e aglomerações, podendo haver espaçamento entre as consultas. O intervalo de tempo entre as consultas foi determinado, levando em consideração a idade gestacional, a presença ou não de doenças maternas ou fetais, comorbidades e a evolução da gestação podendo-se considerar a utilização da teleconsulta, mantendo a atenção e o cuidado na assistência. (Brasil, 2020).

Quanto às visitas prévias à maternidade, no âmbito do programa Rede Cegonha, a sugestão dada foi que fosse agendada individualmente ou suspensa, durante a pandemia, para evitar circulação de um grande número de pessoas. O direito de a mulher ter um acompanhante, durante todo o trabalho de parto e internação hospitalar, permaneceu, mas, em quadros de riscos de transmissão para a saúde das mulheres, esse direito pôde ser restringido, sem que configurasse negativa de direito. O MS (Brasil, 2020) considerou importante que se amenizassem os riscos durante o tempo de assistência às mulheres e, em casos assintomáticos com aborto retido, a conduta expectante foi aconselhada, assim, como a recomendação da alta precoce por medidas de prevenção. A conduta expectante é um método não cirúrgico, indicado como tratamento para a perda gestacional precoce (PGP), evitando assim, o procedimento da curetagem. (Gomes, 2015).

Apesar de poucos estudos nacionais concluídos, o periódico científico internacional, *The Lancet Global Health*, publicou em março de 2021, um estudo realizado em diversos países, denominado ‘Efeitos da pandemia COVID-19 nos resultados maternos e perinatais: uma revisão sistemática e meta-análise’ (*Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis*). O objetivo foi avaliar a evidência coletiva sobre os efeitos da pandemia nos resultados maternos, fetais e neonatais. O resultado desse estudo indicou maiores riscos de complicações maternas, elevando, assim, o número de mortes que se somam às outras que acontecem, anualmente, por outras causas, tais como hipertensão e hemorragia.

Ainda de acordo com o estudo, conseqüentemente, aumentaram os números de óbito fetal em 28%, considerados natimortos, durante a pandemia, em todo o mundo. Foram verificados, também, aumento de natimortalidade por prematuridade, estresse materno e gravidez ectópica rompida durante o período da pandemia, quando em comparado com o período anterior à pandemia. Considerou-se à época, que as gestantes com Covid podiam evoluir para: aborto, ruptura prematura de membrana amniótica, crescimento intrauterino restrito (CIUR), prematuridade e outras complicações, podendo levar a morte do binômio. (Brasil, 2020). Dados confirmados por estudos mais recentes.

É notório que bloqueios sanitários em todo o país, isolamento social, interrupção dos serviços de saúde, receio do adoecimento e alteração da frequência aos centros de saúde são fatores que, também, podem ter afetado o bem-estar das gestantes. Soma-se a esses elementos, a vedação ao direito do acompanhante, que viola o direito da própria mulher num momento em que tanto se necessita de amparo, sem contudo negligenciar a importância da necessidade

de respeito às orientações de segurança e de prevenção contra o novo coronavírus durante os procedimentos hospitalares. Por todas essas informações e incertezas da ciência vividas no período da pandemia, sobre os possíveis riscos de infecção, tornaram compreensíveis o medo e a ansiedade que essas mulheres apresentaram. (Estrela, et al., 2020).

Diante das complicações para a gestação e para o feto, fez-se necessário refletir sobre o estar gestante em tempos de pandemia da Covid-19 e a importância do cuidado profissional, a fim de superar os inúmeros desafios que permearam esse contexto. (Fiocruz, 2020).

Pensar sobre a maneira de lidar com situações de complicações para a gestação e para o feto, exige reflexões acerca da humanização do cuidado, respeito à individualidade, dos valores e escolhas pessoais para lidar com a tristeza, a dor e o luto de pacientes, quando a perda se faz presente, destacadamente quando essa vivência se faz em período tão atípico, como o vivenciado pela pandemia. Em situação de perda gestacional ou perinatal, para que uma comunicação entre os profissionais de saúde, as gestantes e seus familiares, se estabeleça de maneira satisfatória, esta deve ser aperfeiçoada com o intuito de diminuir o impacto emocional e psicológico sobre os envolvidos, proporcionando melhor assimilação da nova realidade. Possibilitar o acesso do paciente e da família às informações sobre o quadro clínico vigente permite que eles vivenciem esse momento de forma menos dolorosa. (Rodriguez, 2014).

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa descritiva, a partir das narrativas de mulheres em situação de perda perinatal.

O estudo é composto por 05 mulheres que sofreram perda perinatal, no sistema público e/ou privado, que foram notificadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/MS), de setembro de 2020 a março 2021, residentes no Distrito Sanitário de Brotas na cidade de Salvador-Bahia. Foi utilizado o método de conveniência, para a seleção, pela dificuldade de acesso as mesmas durante a pandemia pelo Covid-19.

O caminho metodológico utilizado neste estudo organizou-se a partir de duas frentes de investigação. Inicialmente, a situação das ocorrências dos óbitos infantis e fetais adquiridas em base de dados ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) a partir das informações secundárias, contemplando o perfil epidemiológico das participantes (raça cor, bairro, local de ocorrência do óbito, causa óbito e idade).

No segundo momento, após aceitação da participação na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE e, também, considerando as medidas sanitárias

preventivas adotadas em virtude da pandemia Covid-19, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas com roteiro semiestruturado de forma online, pela Plataforma Zoom, na tentativa de abordar os objetivos centrais a serem investigados na presente pesquisa, trazendo as falas, assim, associadas aos sentimentos presentes. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra para posterior análise de dados.

A análise do material da pesquisa foi realizada pelos conteúdos das entrevistas transcritas e pelo diário de campo, através de uma leitura “flutuante” e de um tratamento analítico, segundo Minayo (2007), com identificação e categorização em suas três etapas: pré-análise e organização dos dados coletados; exploração do material e classificação dos dados; tratamento/inferência e a interpretação dos resultados obtidos.

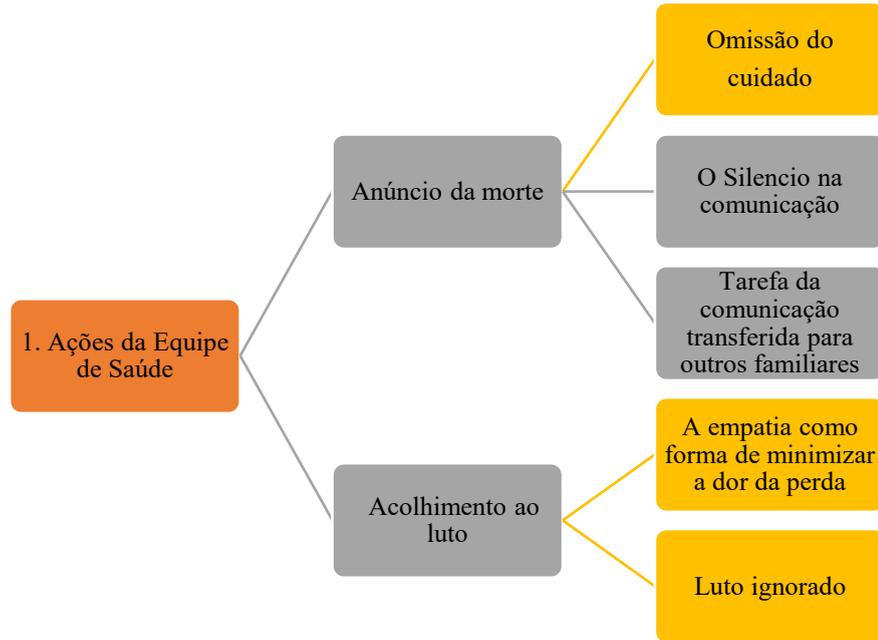
Em seguida, o processo de categorização atendeu às etapas em que procederam à codificação dos dados, de forma sistematizada, com a finalidade de verificar as estruturas de relevância e as ideias centrais, relacionadas com o objeto da pesquisa, tendo como eixos condutores: a expectativa na gestação, a interação com o filho e o processo de perda e luto vivenciados após a interrupção da gestação ou da morte do neonato.

Levou-se em consideração a presença ou frequência de aparição dos núcleos de sentido contidos na comunicação (no caso nas respostas obtidas), objetivando identificar proposições e ideias que, com agrupamento, que deram origem às categorias temáticas. Na terceira e última fase, que compreende tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, procedeu-se a descrição de trechos relevantes com construção e discussão das categoriais organizadas em eixos temáticos que serão expostas nos resultados.

Resultados e discussão

O percurso traçado dos resultados, agrega os dados referentes à percepção das mulheres, através das suas narrativas, quanto à atuação das equipes de saúde diante da perda perinatal e ao desdobramento da dor em processo de luto, como também em relação à habilidade profissional; as formas de abordagens relativas à comunicação da morte, ações, acolhimento e atitudes dos profissionais de saúde, no campo da prática do cuidar, diante da dor da perda fetal e neonatal.

Figura 1 - Árvore temática 1, a partir das categorias do discurso emergente das mulheres participantes e observações de análise



O presente artigo abordará a categoria “*Ações da Equipe de Saúde*”, que contempla uma percepção das mulheres em relação como essas se sentiram diante do manejo profissional das equipes que realizaram o acolhimento nas situações de perda perinatal experienciadas.

Ações de Equipe de Saúde

Essa categoria aborda o ato da comunicação da morte, pelo profissional de saúde, à mulher após sua perda fetal ou neonatal precoce, apresentando suas especificidades no ato da notícia, incluindo o quanto isso pode influenciar na sua dor e no seu processo de elaboração do luto, identificando assim, a percepção do sentir-se acolhida, desdobrando-se no psiquismo e na vida da paciente. Organiza-se em duas subcategorias: *Anúncio da Morte* e *Acolhimento ao Luto*.

Anúncio da Morte

Nessa subcategoria contempla os núcleos relacionados a 1. *Omissão de cuidado*; 2. *O Silêncio na Comunicação* e 3. *Tarefa da Comunicação transferida para outros familiares*.

Omissão do Cuidado

Mesmo os profissionais que convivam com perdas diárias, como os especialistas em cuidados paliativos ou em emergências, podem sentir um desconforto inerente à comunicação

de más notícias. Falar sobre morte é sempre difícil, embora existam técnicas específicas para o enfrentamento dessas situações, pois o tema além de tristeza e angústia, pode levar a revisitar lembranças dolorosas e fazer com que o profissional reviva suas experiências pessoais de perda, e é frequentemente desconsiderado no cotidiano da prática clínica esse aspecto que envolve as emoções dos próprios profissionais da assistência. (Salgado & Polido 2018)

Esse entendimento é corroborado pelo trecho destacado abaixo pela entrevistada, em relação a sua percepção sobre o comunicado, ou não comunicado, da morte:

(...) em nenhum momento nenhum profissional de saúde chegou para dizer a situação de JM, e aí eu entrei na UTI. Por volta de umas 10h30 da manhã, tomei meu banho, me preparei com meu esposo.... E quando entrei eu me deparei com algumas crianças, eu me recordo que foram três menininhas, eu até brinquei assim “meu filho não tem lacinho na cabeça, meu filho é homem”, e aí uma pessoa que estava de branco, não sei dizer se era médica, se era psicóloga porque eu tava tão fragilizada com a situação que eu não gravei a fisionomia dela, ela disse assim pra mim: “não, seu filho tá mais ali na frente” e quando eu cheguei no berçário do meu filho tinha apenas uma cadeira na lateral e eu vi meu filho com um algodão no nariz (chorando muito..), algodão na boca e no ouvido, entendeu?(choro compulsivo...) ... minha atitude foi sentar na cadeira né, perplexa porque em nenhum momento nenhum médico, nenhuma psicóloga chegou pra mim nem pra meu esposo, que não chegasse pra mim porque eu tava muito fragilizada, mas que chegasse pra meu esposo e relatasse o que aconteceu com nosso filho, que ele não sobreviveu, se a gente queria ou não conhecer nosso filho. Seria uma opção minha, eu pensei nessa forma...(,,) é uma coisa que me dói muito, eles não foram humanos comigo, não se faz isso com nenhuma pessoa. (Hortência, Administradora Ambiental, 35 anos, perda neonatal.)

Percebeu-se que esta e outras entrevistadas abordaram a forma de comunicação dos profissionais de saúde, entre elas a não verbal, caracterizando a omissão de cuidado e não acolhimento ao transmitir ou não transmissão da notícia da morte, destacando-se a dificuldade existente na habilidade de comunicação de más notícias e a não utilização de protocolos ou embasamentos teóricos, apesar do reconhecimento da importância desse momento, não validando suas emoções e potencializando, assim, a dor da mãe e abrindo sequelas mais profundas, de difícil cicatrização. A dificuldade em dar uma má notícia sugere que esta prática necessita de cuidado por parte de quem detém o conhecimento e ocupa o lugar de profissional de saúde.

O Silêncio na Comunicação

Vera Iaconelli (2007), coloca que a forma de abordagem pelos profissionais em relação a morte/perda desencadeia a dificuldade de elaboração do luto decorrente do óbito fetal ou de recém-nascido, que é vivenciada pela sociedade como algo que deve ser evitado. Opta-se pela negação e racionalização. Para Rodriguez (2014), deve-se estabelecer uma comunicação de maneira satisfatória e aperfeiçoada, com o intuito de diminuir o impacto emocional e psicológico sobre os envolvidos e proporcionar melhor assimilação da nova realidade. Possibilitando o acesso do paciente e da família às informações sobre o quadro clínico vigente permitindo que eles vivenciem esse momento de forma menos dolorosa.

Entretanto, a fala em destaque abaixo reforça que não basta o profissional ter acesso à informação em relação a abordagem diante da ocorrência de perda perinatal, necessário se pensar qual o tipo de abordagem mais adequada que facilite a estruturação da comunicação e permita um diálogo mais lógico e amparado empaticamente, com condições que possibilite a expressão das mulheres que enfrentam situações de dor.

(...). Aí veio a psicóloga, mas eu não gostei dela (...) não sei, não vingou o negócio sabe? O contato não vingou, tanto é que teve um momento que ela ficou lá sentada em silêncio e eu disse assim 'poxa você pode vir outro momento porque eu quero dormir'. Considerei ela muito despreparada para lidar com a situação, o que me deixou mais irritada (pausa) ... acho que falta experiência, não sei te dizer, experiência em falar sobre perdas, sobre luto, sobre sofrimento, de abordar esse assunto, de ser empática... (Rosa Vermelha, fisioterapeuta, 37 anos, perda neonatal)

Esse trecho legitima um estudo realizado em dois hospitais espanhóis (Camacho, Fernandez, et al., 2019), quando apresenta diversos relatos de pais e mães que sofreram uma perda perinatal, evidenciando como fatores que pioram o sofrimento: o silêncio e certas expressões verbais e não verbais da equipe de saúde, ausência de esclarecimento ou explicações com termos técnicos, pelos profissionais.

Foi possível perceber que, para o processo em estabelecer uma comunicação de maneira aceitável com o objetivo de reduzir o impacto emocional e psicológico da mulher que acabou de perder um filho, e proporcionar melhor assimilação da nova realidade, os profissionais devem ter a clareza que naquele momento são os únicos em condições de conhecimento técnico e do preparo para, com responsabilidade e respeito a individualidade, prestar suporte, com

empatia, em um momento que será lembrado para o resto da vida. Essa tarefa exige reflexões acerca da humanização do cuidado, dos valores e escolhas pessoais para lidar com a tristeza, a dor e o luto dos pacientes. Foi evidenciado nessa fala da entrevistada acima a necessidade de criar-se na rede um espaço para discutir mais sobre essa questão.

Tarefa da Comunicação transferida para outros familiares

Um outro aspecto abordado entre os discursos das entrevistadas sobre o comunicado da morte iminente e as circunstâncias em que ocorre o desfecho do evento em questão, é a ausência do profissional no momento de anunciar o óbito para a própria paciente, sendo essa tarefa da comunicação transferida para os familiares:

(...)meu marido mandou mensagem para meu irmão que já estava comigo e com minha mãe dizendo que ele teve uma parada (pausa) e meu irmão e minha mãe já veio me preparar, veio me falar que ele teve uma parada, (...) na terceira ele continuava lutando (chorando) mas não resistiu, (pausa) meu pequeno me deixou, nos deixou né e aí né, eu estava com toda a minha família nesse momento nesse momento... (Flor de Lótus, Assistente Social, 34 anos, perda neonatal)

Um estudo realizado em 2007, no Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo), por alunos de especialização em psicologia, mostrou que os principais fatores que dificultam a comunicação da equipe de saúde e do médico, em comunicar más notícias são: receio de falha terapêutica, do desconhecido, de dizer “não sei”, preocupação em como a má notícia irá afetar o paciente; receio de causar dor ao paciente ou de ser culpado pelo mesmo; de problema judicial e de expressar suas emoções. (Victorino, et al., 2007).

Acolhimento o Luto

Essa subcategoria contempla os núcleos destacados nos casos estudados relacionados a *empatia como forma de minimizar a dor da perda e o luto ignorado*.

A empatia como forma de minimizar a dor da perda

Sabe-se que a habilidade de comunicação de notícias nos encontros iniciais desse processo pode produzir duas grandes reações: se adequada, a família e o paciente “nunca a esquecerão”, se inadequada, eles “nunca a perdoarão”. (Petrilli, 2000).

Demonstra-se assim que, a habilidade e a empatia em comunicar más notícias pode contribuir também para minimização desse momento dolente, como relatado nessa entrevistada.

(...) foi uma médica muito acolhedora, ela foi muito acolhedora, ... não lembro o nome dela... tanto que, ela passou o gel e ficou massageando pra ver se animava porque às vezes tem bebê que é preguiçoso né, e ali ficou, mexeu, mexeu, mexeu, tanto que ela fez a ultrassom por cima e a pélvica, fez as duas e foi quando diagnosticou que não tinha mais os batimentos e disse assim: “ô mãe, infelizmente eu não tenho uma boa notícia pra te dar” conversou comigo... “fique aqui que a enfermeira vai vir te buscar”... ela foi bem acolhedora. Eu é que não tive nem reação pra nada, não tive porque foi um baque naquele momento, eu fiquei em choque, então, eu só fui mesmo cair a ficha, na real mesmo, quando eu estava na sala cirúrgica e que a enfermeira pegou e tirou, foi normal não foi cesárea, botou, pesou e eu vi, naquele momento que eu vi caiu a ficha e eu desabei de choro e ela disse “quer segurar, mãe” e eu disse “quero”, segurei todo enroladinho e falou que não podia ficar muito tempo, tomou da minha mão e colocou em uma sacola térmicae falou: ‘a gente vai levar pra autópsia’ e me explicou tudo “vamos fazer a autópsia, os enfermeiros, os médicos vão entrar em contato com você e vamos fazer o laudo médico” tudo direitinho. (Jasmim, desempregada, 36 anos, perda fetal)

Verifica-se no relato da mãe a ausência da palavra morte ou morrer, ficando subentendido uma mensagem triste, mas de forma amenizada, com receio de ser explícita na enfática verbal. Dar nome, ajuda a circunscrever a situação de dor.

Para promover a comunicação das más notícias, os estudos indicam: estabelecer uma relação apropriada com o paciente; conhecer cuidadosamente a história clínica; ver o outro como um ser integral; preparar o setting; organizar o tempo; atentar para os aspectos específicos do diálogo; reconhecer o que e quanto o paciente quer saber; encorajar e validar os sentimentos e as emoções; atenção e cuidado com a família; planejar o futuro e o seguimento; trabalhar os próprios sentimentos. (Victorino et al., 2007).

O vínculo da relação entre médico e equipe de saúde e o paciente, contribui para um acréscimo na qualidade dos cuidados na assistência. As habilidades comunicativas e a escuta qualificada facilitam compreensão e memorização de recomendações menos dolorosas, o que

facilita a compreensão e a redução de sintomas físicos e psíquicos. A presença do psicólogo é essencial no processo do cuidar desse enlutamento.

Luto ignorado

Segundo Sataloff (*et al*, 2013), o acolhimento em saúde pode ser definido como o ato de perceber e reconhecer o que o usuário traz como sua necessidade, naquele momento, visando a construção de vínculo entre este indivíduo e a rede socioafetiva que o assiste, ou seja, de uma relação baseada em transversalidade, ética, solidariedade, confiança e compromisso. Quando não colocado em prática o acolhimento em situação de extrema vulnerabilidade das mulheres, muitas questões podem surgir, entre elas o luto não reconhecido e ignorado, como na situação a seguir:

(...). Fisicamente eu fui assistida e foi rápido, não foi totalmente ruim, mas também não foi ótimo, assim... como se estivessem na rotina. Mas no emocional não, não teve psicólogo no hospital para ir falar comigo, me acolher; ninguém foi me ver, nem me perguntar nada, se precisava de alguma coisa. Só mesmo atendimento normal: médico, enfermeiro, nutricionista, técnico de enfermagem...cada um entrava no quarto como se tivesse sido qualquer outra coisa. Tipo... estavam cuidando de mim, do meu corpo entendeu? Isso eu realmente tive, mas sobre a perda, a dor, não. (Girassol, microempresária, 32 anos, perda fetal).

Apesar da literatura científica reconhecer que o luto perinatal pode desencadear sobrecargas psíquicas, inclusive o luto complicado, o suporte psicológico a essas mulheres, muitas vezes, não é oferecido e manuais de intervenção são raramente aplicados nesse contexto. (Kersting & Wagner, 2012; Corno, Baños, et al., 2020).

As mortes, perdas e lutos que já habitavam frequentemente as maternidades, com a chegada do Covid-19, agregou-se o medo e todo um conjunto de artefatos psíquicos ocasionados, em virtude dos efeitos do coronavírus e da pandemia instalada mundialmente, refletindo na qualidade da assistência pelos profissionais e no comprometimento ao acolhimento. Um estudo de revisão de literatura baseada em artigos publicados em 2020, que retratam a saúde mental dos profissionais de saúde, durante a pandemia pelo COVID-19, apontou como a experiência de preocupação intensa se apresentou como uma sobrecarga para o psiquismo, acarretando sofrimento psicológico. Os autores destacaram como elementos de preocupação: frequente exposição ao risco de contaminação, grandes tomadas de decisões, longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, ampla cobertura da imprensa e baixo estoque de medicamentos, além da perda de colegas próximos ou familiares

(Prado, et al 2020). A situação se reflete, também, na qualidade da assistência, como relata uma participante da pesquisa.

(...)no pós eu me senti muito só, sem ninguém para me ouvir, ou perguntar se precisava de alguma coisa, até mesmo o cuidado físico que fui ajudada no pós cirúrgico pela vizinha de cama; no momento mais crítico, ela só levantou bem devagarinho e veio e me ajudou a me alimentar um pouco, me deu um suco, porque não podia ficar acompanhante... em momento algum foi uma psicóloga falar comigo, nem ninguém... eles fizeram a parte deles, por um lado sim, mas eu me senti isolada, primeiro por causa da pandemia, tive muito medo de me expor... , eles não tiveram a preocupação em momento algum de querer saber(...) nada disso e eu tava querendo saber se era o COVID, porque na época COVID tava em alta..., mas em momento algum nenhuma foi enfermeira para saber como eu estava, se eu queria alguma coisa, se precisava me alimentar ... Mais tarde eu tive que chamar outra enfermeira; ela estava meio grossa (inaudível) e só tinha eu e ela. Ela 'estava' meio assim porque as outras tinham tomado alta de manhã cedo e só faltava eu. Até parecia que eu tinha culpa em estar ali... (Jasmim, desempregada, 36 anos, perda fetal).

Uma experiência vivenciada pela gerência de enfermagem durante a pandemia de COVID-19, em uma instituição de saúde não referenciada para a doença, que apresenta os desafios enfrentados e atividades desenvolvidas pela Enfermagem em uma instituição pública de saúde do estado do Ceará, de atenção secundária, não referenciada para a COVID-19, no período de março a maio de 2020, mostrou uma porcentagem relevante de profissionais que adquiriram a doença, a saúde mental dos profissionais foi consideravelmente afetada, as escalas de serviço previstas não puderam ser cumpridas em sua totalidade e situações de estresse perante atendimentos inesperados a COVID-19 foram percebidos. (Pinheiro, et al., 2020).

Com isso, verifica-se que os dois lados foram atravessados e severamente atingidos pelos efeitos assustadores da pandemia. A paciente, no caso as mulheres em sua dor da perda, em situação vulnerável, fragilizada emocionalmente e fisicamente, em circunstância de solidão por falta do seu direito ao acompanhante, acrescida pelo contexto assustador da Covid-19, que pairou como uma ameaça invisível, e o profissional de saúde como cuidador, exposto aos contatos e riscos, ambiente estressante e sobrecarga de trabalho e emocional.

A literatura atual aponta que gestantes com infecção por Sars-Cov-2 têm probabilidade de complicações aumentada e de passar por um parto cesariano de emergência ou um parto prematuro, o que eleva o risco de morte materna e neonatal. (LI, et al., 2020). Sobretudo, em um cenário adverso, os direitos das gestantes devem ser respeitados; o MS através da nota

técnica nº 9/2020, recomendou que, mesmo durante a pandemia, fosse garantido o direito ao acompanhante às gestantes e às parturientes, sendo adotado critério de avaliação de riscos. (Brasil, 2020). Mas, algumas maternidades e hospitais, como forma de prevenir a Covid-19, adotou o isolamento no momento do parto, como constatado nos relatos das participantes do estudo. Esta medida diz respeito à não permissão de um acompanhante antes, durante e após o parto - direito esse apoiado na Lei nº 11.108/2005 -, desconsiderando, assim, a importância desse momento, determinado como um período difícil e de extrema vulnerabilidade à gestante, violando o direito da própria mulher num momento em que tanto se necessita de auxílio, apoio e acolhimento. Ressalta-se que houve a necessidade da adesão a um protocolo de assistência, melhoria na comunicação e respeito, às orientações de segurança e de prevenção, sendo compreensíveis o medo e a ansiedade que essas mulheres apresentaram.

Sendo o parto um acontecimento singular, com significados que ganham molde da cultura e da própria vivência de cada parturiente (Silva, *et al.*, 2016), e o puerpério, um período de intensa descoberta e transformação por parte da mulher, (que traz também certos agravos em saúde), o acolhimento, nesses momentos, é imprescindível para que se consolide com segurança a saúde da mulher, como um ser com demandas físicas e emocionais próprias e diversas,. Assim, deve haver, nesses contextos, por parte do profissional de saúde, competência técnica e postura ética, para que sejam determinadas as melhores condutas disponíveis para cada caso em particular (Corrêa, *et al.*, 2017), principalmente quando o desfecho é a morte do concepto ou do recém-nascido.

A dor da perda é vivida por muitas mulheres como a morte de um sonho, nos casos de inseminações sem êxito, ou de um filho, em qualquer período gestacional (mesmo em curto tempo existencial) e acarretam desdobramentos de sofrimento para aqueles que gestam. É uma experiência de difícil assimilação, considerando que a chegada de um bebê representa o início da vida e não o fim. Após sofrer uma perda, é de fundamental importância que se inicie o processo de elaboração do luto - resposta normal e saudável a uma perda. (Oviedo, Carruyo, *et al.*, 2009).

Comunicar notícias difíceis é, provavelmente, uma das tarefas mais complexas que os profissionais de saúde têm que enfrentar, pois implica em um forte impacto psicológico do paciente e sua rede de apoio - quem recebe uma má notícia dificilmente esquece onde, como e quando ela foi comunicada. (Almanza-Muños & Holland, 1999).

Pesquisas comprovam que evitar falar sobre a situação tende a desfechos negativos. Dessa forma, os profissionais conseguem detectar angústias, medos e sentimentos que os

mesmos venham a sentir, podendo elaborar estratégias para auxiliar. É possível realizar encaminhamento para outro profissional, como psicólogo e assistente social. (Santos, et al., 2012).

Os principais resultados destacados neste estudo mostraram que, segundo a percepção baseadas nas narrativas das mulheres em situação de perdas perinatais entrevistadas, que os pontos críticos em relação as ações da equipe de saúde foram: na habilidade profissional ao anúncio da morte e acolhimento ao luto, no que se refere a necessidade de aperfeiçoamento na comunicação ao anúncio da morte, de um empenho no cuidar e os benefícios da empatia como forma de minimizar a dor do luto.

Considerações

Conclui-se que a perda perinatal é uma situação extremamente delicada e dolorosa, tendo se tornado mais complexa no período da pandemia pelo Covid-19, com o aumento dos casos de mortes fetais. Uma realidade que se assemelha, tanto no sistema público quanto privado, as perdas e o sofrimento materno.

Segundo os relatos das mulheres, compreende-se a necessidade da assistência pela atuação dos profissionais de saúde de maneira diferenciada, ofertada de modo humanizado, com acolhimento, visibilidade e validação à dor da mulher em situação da perda de um filho, seja ele em qualquer período gestacional, parto ou no pós-parto.

Outro ponto relevante é a necessidade do preparo do profissional para enfrentar as condições de óbito e dor pela perda, se aprofundado em bases científicas, com diretrizes e protocolos direcionados, permitindo uma comunicação empática e escuta ativa e qualificada que amenize os impactos vivenciados pela mãe e seus familiares, através de conexões com si mesmo e com os demais, favorecendo um olhar com validação do sofrimento existente, real e significativo, proporcionando a elaboração psíquica do luto materno, evitando repercussões psíquicas.

Diante das ameaças de complicações para a gestação e para o feto, faz-se necessário refletir sobre o estar gestante em tempos de pandemia da Covid-19 e a importância do cuidado profissional, a fim de superar os inúmeros desafios que permeiam esse contexto.

Referência Bibliográfica

- Almanza-Muños MJJ, Holland CJ. (1999). *La comunicación de las malas noticias en la relación medicopaciente. III. Guía clínica práctica basada en evidencia.*
- Almeida, E. S.; Castro, C. G. J.; Lisboa, C. A. (1998) *Distritos Sanitários: Conceção E Organização, Vol I.* São Paulo: Instituto para o desenvolvimento da saúde – IDS, Núcleo de assistência médico-hospitalar – NAMH/FPS – USP.
- Agência Nacional De Vigilância Sanitária (Brasil) 2020. *Nota Técnica Gvims/Ggtes/Anvisa N° 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV2).* Brasília, DF: Anvisa. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>
- Amorim MMR, Takemoto MLS, Fonseca EB (2020). Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am J Obstet Gynecol.* Aug;223(2):298-299. doi: 10.1016/j.ajog.2020.04.023.
- Badenhorst, W.; Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Curr Opin Obstet Gynecol.* Apr;15(2):107-11. doi: 10.1097/00001703-200304000-00004.
- Brasil. Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19: nota informativa nº 13/2020 - SE/ GAB/SE/MS.* Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília
- Brasil, Ministério da Saúde (2009). *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.* 2ed. Brasília – DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria N° 1.459, De 24 De Junho De 2011. Portaria N° 1.459 Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico /Ministério da Saúde,* Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- Cardeal da Costa J, García de Lima RA. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 13 (2). Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>
- Corno G, Bouchard S, Baños RM, Rivard MC, Verdon C, de Montigny F. Providing (2020). Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention. *Front Psychol.* 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01262

- Corrêa MSM, de Oliveira Feliciano KV, Pedrosa EN, de Souza AI (2017). Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de Saúde Pública*. 33.
- Estrela, F.M., Silva, K.K.A., Cruz, M.A., Gomes, N. P. (2020). Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(2).
- Freire, M. C. B. (2005). *O Som do Silêncio: a angústia social que encobre o luto - Um estudo sobre isolamento e sociabilidade entre enlutados do cemitério Morada da Paz*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Freud, S. (1976). Luto e melancolia. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 271-307). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. Luto e melancolia, (1917/1996). In: *A história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*. 19(4). doi: 10.1590/S0103-21002006000400016
- Gilbert, P, Rudnick, C. (2021). Newborn Antibodies to SARS-CoV-2 detected in cord blood after maternal vaccination. *BMC Pediatrics*. 21(1):138. doi: 10.1186/s12887-021-02618-y.
- Gomes, L. B., & Gonçalves, J. R. (2015). Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. *Revista de Ciências Humanas*, 49(2).
- Hantoushzadeh S, Shamshirsaz AA, Aleyasin A, Seferovic MD, Aski SK, Arian SE, et al (2020). Maternal death due to COVID-19. *Am J Obstet Gynecol*. 223(1). 10.1016/j.ajog.2020.04.030.
- Heazell, A. E. P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z.A., et al. (2016). Natimortos: consequências econômicas e psicossociais. *Lanceta*.
- Hutti M. (2005) Social and professional support needs of families alter perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 34(5).
- Kerstin, g A, Wagner, B. (2012) Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a Médicos, Enfermeiros, Religiosos E Aos Seus Próprios Parentes*. São Paulo: Martins Fontes.

- Jovchelovitch, S; Bauer, M. W. (2010) *Entrevista Narrativa: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., et al. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*. 382(13):1199-1207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316.
- Lucas, P. (1998) Querer ser mãe...um longo caminho a percorrer! Um caso da consulta GEMF (Grupo de Estudos de Morte Fetal). *Análise Psicológica*.
- Lumbreras-Marquez MI, Campos-Zamora M, Lizaola-Diaz de Leon H, Farber MK.(2020). Maternal mortality from COVID19 in Mexico. *Int J Gynaecol Obstet*.
- Minayo, M.C.S. (2007). O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: *Hucitec*, 406.
- Nakamura-Pereira, M., Amorim, M.M.R., Pacagnella, R.C., Takemoto, M.L.S., Penso, F.C.C., Rezende-Filho J, et al. (2020) *COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. Ver BrasGinecol Obstet*.
- Oviedo Soto, S., Urdaneta Carruyo, E., Parra Falcón, F.M., Marquina Volcanes, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Rev Mex Pediatr*. [Periódico na Internet].
- Petrilli, A.S., Pascalicchio, A.P.A., Dias, C.G., Petrilli, R.T. (2000). O processo de comunicar e receber o diagnóstico de uma doença grave. *Diag Tratamento*.
- Pinheiro, C.M.H, Mardenia, G.V.P., Loiola,E.A.(2020). Desafios Na Gestão Em Saúde Frente A Pandemia De Covid-19: Relato De Experiência. *Revista Enfermagem Atual In Derme | Edição Especial Covid19*.
- Prado A. D., PeixotoB. C., da SilvaA. M. B., & ScaliaL. A. M. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*.
- Remuzzi A, Remuzzi G. (2020). Covid-19 and Italy: what next? *The Lancet*.
- Rodriguez, M. I. F. (2014). *Despedida silenciada: Equipe médica, família, paciente-cúmplices da conspiração do silêncio*. *Psicologia Revista*, 23(2),261-272. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/22771/16503>
- Salgado, H.O., Polido, C.A. (2018) *Como Lidar Luto Perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*. 1ed. São Paulo: Ema Livros.
- Silva, T., Bisognin, Priscila, P., Lisie A., Wilhelm, L., Candido, C, Ressel, L.(2016). As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. *Biblioteca Lascasas*.
- Souto, D. C.; Schulze, M. D. (2019). Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. *Rev. Psicol. Saúde*. 119(3). Campo Grande.
-

- Souza, A. S. R., Amorim, M. M. R.(2021). Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil; *Rev. Bras. Saúde Materno. Infantil.* Recife.
- Souza, A. L., Wottrich, S. H., Seelig, C., et al. (2007). O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica. *Rev. SBPH.* jun., vol.10.
- Santos, C. S., Marques, J. F., Carvalho, F. H. C., Fernandes, A. F. C., Henriques, A. C. P. T. & Moreira, K. A. P. (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery.*
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Victorino AB; Nisenbaum EB; Gibello J; Bastos MZN; Andreoli PBA. (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev. SBPH.* 10(1). Rio de Janeiro.
- Torloni, M. R. (2007). Luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar.* São Paulo: Manole.

5.2 Artigo 2 - Entre o gestar e morte perinatal:a fronteira simbólica no trabalho do luto

ENTRE O GESTAR E MORTE PERINATAL:A FRONTEIRA SIMBÓLICA NO TRABALHO DO LUTO

Maria Cristina Gomes de Santana^{1 2}, Isabella Queiroz^{1 3}

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador/ Brasil.
2. Secretaria Municipal de Saúde – Vigilância Epidemiológica – Salvador - Ba
3. Serviço de Referência em Triagem Neonatal – Bahia/ APAE-Salvador, Salvador/Brasil

mariasantana.pos@bahiana.edu.br

isabellaqueiroz@bahiana.edu.br

Resumo. Introdução: O luto é um processo de ajustamento visando a construção de uma realidade diferente da imaginada. A perda de um filho, durante a gestação ou pós nascimento, rompe com a ordem natural da vida, interrompendo sonhos, expectativas e esperas existenciais depositados na criança que estava por vir. **Objetivo:** Compreender, a partir das narrativas das experiências das mulheres, a transição na sua trajetória entre o seu estado gestacional, inesperada morte perinatal e o enfrentamento do luto. **Métodos:** Estudo qualitativo, exploratório, realizado com 05 mães maiores de 18 anos, que vivenciaram o processo de luto do filho. O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. **Resultados:** Os resultados obtidos indicam que a experiência para essas mães se caracteriza por um processo de transformação do vínculo do período gestacional e adaptação singular ao luto meramente solitário. Os principais elementos encontrados por elas como apoio para o enfrentamento do luto, que contribuíram positivamente para superar a perda foram: o apoio familiar e social; compartilhar sentimentos e experiências com outras mães enlutadas; perpetuar a memória do filho falecido; a espiritualidade. **Considerações Finais:** Foi possível observar que o processo de ressignificação é carregado de dor e dificuldade, além de tristeza, culpa e outros sentimentos. Destaca-se a importância nesse processo do apoio de familiares, amigos e instituições, além da espiritualidade e busca por novos momentos de vida. Existe a necessidade de melhoria dos profissionais de saúde, em suporte específico baseados em diretrizes e protocolos de acolhimento, abordagem as mulheres em situação de perdas perinatais e o atendimento prestado no processo da perda, evitando-se repercussões psíquicas que comprometam a saúde mental dessas mulheres, estabelecendo estratégias de fluxos de atendimento.

Palavras-chave: Vínculo. Perda. Luto. Maternidade. Superação.

Abstract: Introduction: Grief is an adjustment process aimed at building a reality different from the imagined one. The loss of a child, during pregnancy or after birth, breaks with the natural order of life, interrupting existential dreams, expectations and hopes placed in the child that was to come. **Objective:** To understand, from the narratives of the women's experiences, the transition in their trajectory between their gestational state, unexpected perinatal death and the confrontation of grief. **Methods:** Qualitative, exploratory, study carried out with 05 mothers over 18 years old, who experienced the child's grieving process. The instrument used for data collection was the semi-structured interview. **Results:** The results obtained indicate that the experience for these mothers is characterized by a process of transformation of the bond of the gestational period and singular adaptation to the merely solitary mourning. The main elements found by them as support for coping with grief, which contributed positively to overcoming the loss were: family and social support; sharing feelings and experiences with other bereaved mothers; perpetuate the memory of the deceased child; the spirituality. **Final Considerations:** It was possible to observe that the ressignification process is loaded with pain and difficulty, in addition to sadness, guilt and other feelings. The importance of support from family, friends and institutions in this process is highlighted, in addition to spirituality and the search for new moments in life. There is a need to improve health professionals, in specific support based on guidelines, protocols for welcoming and approaching women in situations of perinatal losses and the care provided in the process of loss, avoiding psychic repercussions that compromise the mental health of these women, establishing service flow strategies.

Keywords: Bond. Loss. Grief. Maternity. Resilience.

INTRODUÇÃO

Segundo análise histórica, da cultura ocidental, de figuras femininas, realizada por Kniebiehler e Fouquet (1980), o amor materno surge através da exaltação a Maria, que representa o feminino e a maternidade, ligado ao símbolo da pureza; aquela que concebeu sem pecado, sem sexo, ou seja, a fecundidade se associa a uma benção divina. Desse modo, a noção de pureza, caridade, humildade, renúncia e dedicação vincula-se à imagem de maternidade santificada, segundo a tradição cristã, embora Eva, a pecaminosa, tenha sido a primeira mulher identificada na história da humanidade.

Segundo as considerações dos autores, Szejer e Stewart (1997), a sociedade construiu um ideal de maternidade, como um momento a ser exaltado por representar a alegria e a plenitude de um nascimento. Contudo, o privilégio de dar a vida é acompanhado pelo peso de uma história que a subjetivou e a história que agora a faz se tornar mãe. Os autores fazem referência às angústias, às lacunas e às perdas não simbolizadas, não incluídas numa rede de significantes que possibilitam a atribuição de sentido, e que, por esta condição, permanecem suspensas e emergem tão logo quanto às ocasiões do presente retomam o passado vendado.

A maternidade oferece, para algumas mulheres, oportunidade de alcançar novos níveis de integração e desenvolvimento pessoal. Para Maldonado (2017), a gravidez é o alicerce do vínculo entre a família e o bebê, que redimensiona a rede de relacionamentos. Porém, traz ambivalência de sentimentos gerada pelo desejo de ter um filho, destacando que nenhuma gravidez é totalmente aceita ou rejeitada, mas que faz parte de um processo de mudanças e adequações, de desejos contraditórios que implicam uma escolha e uma renúncia.

Bleichmar (1994) afirma que a chegada de um bebê pressupõe sua espera: tecem-se fantasias, identificações, imaginações e constroem-se cenários para recebê-lo. Quando um casal engravida, ele se imagina cuidando do bebê, como vai ser sua atuação como pai ou mãe, como esperam que o bebê vai ser, qual o futuro que almejam para ele, ou seja, a relação de vínculo e apego dos pais filhos começa antes de o bebê nascer.

No entanto, para algumas mulheres, esse percurso de tempo, relativamente pré-determinado, que vai da concepção ao parto, sofre uma inesperada interrupção, com a perda do seu filho, antes, durante ou logo após seu nascimento. (Salgado & Polido, 2018).

Lucas (1998), refere que na morte fetal, o que se perde é o bebê imaginário que não pôde se fazer real; a mãe não vislumbrou a sua presença física, mas sente sua morte como

alguém que já esteve ao seu lado. A morte neonatal é uma perda autêntica, na qual a mãe tem de se desligar do seu filho como objeto de amor, com o qual se ligou afetivamente de modo tão próximo e vivo, tornando-se um com ele podendo construir um campo relacional concreto que perpassa as preparações psíquicas do seu imaginário.

Essas mortes são entendidas por Iaconelli (2007), como um descompasso na sequência natural do ciclo de vida, podendo surgir reações de revolta e de desnorreamento diante da ocasião inesperada, como a culpa pela impossibilidade de gerar um filho, a negação da morte, a desesperança diante do futuro e dos outros destinos de seu desejo, a crença de que o filho pode reviver e atribuir a culpa a outrem responsabilizado pela perda.

Mercer (2002) reitera que tal acontecimento pode agravar os efeitos do luto sobre a família e produzir efeitos na dimensão imaginária sobre possíveis filhos futuros.

Ainda que se invistam em recursos para evitar a mortalidade perinatal e neonatal, todos os pais e mães não estão livres de passar por esta perda. Sabe-se que o luto vivenciado pela perda perinatal, tem as mesmas características e reações semelhantes a outros tipos de luto, sendo um evento demasiado significativo, porém, muitas vezes, não reconhecido. (Doka, 1989).

A experiência de luto será vivenciada por quase todos nós em algum momento da vida. Kübler-Ross (1998) foi pioneira na sistematização do processo de luto e perda em estágios definidos como: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Assim sendo, aquele que vivencia o luto carece de atenção de pessoas capacitadas, tanto no âmbito hospitalar, quanto fora dele.

Apesar da literatura científica reconhecer que o luto perinatal pode desencadear sobrecargas psíquicas, inclusive o luto complicado, o suporte psicológico a essas mulheres, muitas vezes, não é oferecido e manuais de intervenção são raramente aplicados nesse contexto. (Kersting & Wagner, 2012; Corno, Baños, et al 2020).

Vera Iaconelli (2007), coloca que a forma de abordagem pelos profissionais em relação à morte/perda e a dificuldade de elaboração do luto decorrente do óbito fetal ou de recém-nascido, é vivenciada pela sociedade como algo que deve ser evitado. Opta-se pela negação e racionalização, sem o contato com a angústia.

O presente artigo abarca os resultados parciais de um estudo denominado “*Perda perinatal: percepção de mulheres sobre o acolhimento na rede de saúde*”, desenvolvido a partir de uma experiência prática com mulheres em situação de perda gestacional ou neonatal. Será aqui abordado o eixo temático sobre “*A Experiência da Materna Pós Perda Perinatal*”, sua

expectativa durante a gestação, o enfrentamento e o desdobramento da dor em processo de luto, destacando-se, nessa circunstância no contexto da pandemia pelo Covid-19.

Considera-se relevante a intenção de buscar mais informações e a compreensão dos impactos do luto da mulher nessa situação levando a um melhor conhecimento e uma maior reflexão sobre a temática, considerando o momento em que se debate e vivencia um alto índice de tensão, medo, angústia, dor pelos mortos e solidão mundial, deixado pelo rastro da pandemia Covid-19.

Este estudo tem como objetivo compreender, a partir das narrativas das experiências das mulheres, a transição na sua trajetória entre o seu estado gestacional, a inesperada morte perinatal e o enfrentamento do luto.

REVISÃO DE LITERATURA

Gestação: sonho, espera e a morte repentina

Maldonado (2017), cita que durante a gestação a mulher passa por um dos períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos, e mudanças de alguns aspectos da identidade, com nova definição de papéis, mesmo quando já é mãe.

As matizes e a complexidade das vivências do ciclo gravídico puerperal influenciam na gestação e no vínculo, levando em consideração a interação de fatores, como: a história pessoal da grávida (psicossexual, passado ginecológico-obstétrico de infertilidade ou perdas anteriores, seu e de sua mãe e irmãs), tipo de vínculo com o pai do seu filho, a idade da mulher - adolescente ou acima dos trinta anos, gestação considerada de risco, com suposta ameaça de perda do feto ou perigo de vida para a mulher, o contexto socioeconômico e assistencial adequados. (Maldonado, 2017).

Para Seidl-de-Moura (2009), o início das interações acontece mesmo antes do nascimento, no desenvolvimento pré-natal do bebê que, ao fazer movimentos dentro do útero da mãe, já tem suas ações interpretadas por ela. Em contrapartida, o bebê também parece ser capaz de responder a alterações emocionais da mãe. Estabelece-se, assim, a relação mãe-bebê.

A representação de uma gravidez, para muitas mulheres, é a expansão da família, realização de um sonho, desejo, a vivência de um período de espera, um evento que, de algum modo, imaginam e almejam que o desfecho seja previsível, com o nascimento de uma nova vida e o vir se tornar mãe. (Salgado & Polido, 2018).

O planejamento, e a espera geram expectativas e ansiedades na vida dos pais com relação a este novo membro que está para chegar, idealizando e falando do filho durante meses, atribuindo a ele características que gostariam de verem realizadas. Logo, é nesse momento que se inicia o processo afetivo e de vínculo entre pais e filho, tanto quanto o projeto de maternidade, sendo consolidado progressivamente. (Silva & Sales, 2012).

A perda repentina da figura de apego afeta estruturas psicológicas e abala aspectos psíquicos. Para o enfrentamento e ressignificação deste processo, a mulher busca meios para lidar com a dor e com o sofrimento. Essas estratégias de enfrentamento são necessárias para elaboração física e psíquica, relacionando-se com a capacidade do ser humano de transformação e reestruturação após momentos difíceis. (Gonçalves & Bittar, 2016).

A experiência do luto é singular, o modo de lidar com esse processo depende dos recursos internos e das inúmeras interrelações que o sujeito possa realizar na interação com o meio ambiente. (Alves, et al., 2016).

A morte de um feto é a morte de um sonho; a perda de um filho, durante a gestação ou logo depois do nascimento, rompe com a ordem natural da vida, assim como interrompe os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que, normalmente, são depositados na criança que está por vir (Torloni, 2007).

Conforme Duarte & Turato, (2009), a elaboração do luto pela perda de um filho antes de seu nascimento tem uma dinâmica diferente, pois para o autor, a construção de vínculos afetivos fortes e de recordações de convivência fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência do filho é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo. Eles, ainda, complementam a ideia afirmando que a ausência de lembranças, também, pode trazer a sensação de que o filho foi alguém que não existiu.

Representações psíquicas do filho que não chegou

Freud (1976), Kübler-Ross (1998) e Gesteira 2006, desenvolverem estudos sobre a relação das pessoas com a morte, enfocando normalmente os processos de luto, e esses estudos

têm sido crescentes ao longo dos anos, também, por outros autores como Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006, Kovács, 2008.

Gesteira *et al.* (2006) define o luto como uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido; sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas, em consequência das perdas. A autora destaca a existência de alguns fatores que geram o processo de luto como: fatores internos, estrutura psíquica do enlutado, histórico de lutos anteriores, circunstâncias da perda, crenças culturais e religiosas, e apoio recebido.

É inerente ao período gestacional que a grávida imagine e personifique seu filho, escolhendo um nome, preparando o enxoval e um lugar na casa para recebê-lo. Nesta fase marcante na vida de um casal, quando desenvolvem sentimentos de esperança, entusiasmo e alegria, projetados para o futuro, nenhum dos dois imagina a possibilidade de um final infeliz. (Silva & Sales 2012).

A significação da morte de um filho, fetal ou infantil, tem muito a ver com o desejo no qual ele foi presentificado, com o número de filhos que a mulher já tem e com a atribuição da culpa desta morte. (Souza, Wottrich, Seelig, et al., 2007; Lucas, 1998).

Como evidencia Freitas (2000), a morte de um ente querido produz desconforto psíquico que progride em relação ao trabalho de luto, de retirada das cargas libidinais, dos afetos que o vinculavam com o outro, para representá-lo intrapsiquicamente de outras formas. Perdendo o objeto amado, o enlutado defronta-se com o vazio, com a falta de sentido, com a fragilidade do próprio ego, que se mantém em relação aos outros. A morte representa o real, o indizível, a impossibilidade de significação.

O luto é um processo de ajustamento à perda, seja ela antecipatória ou não, visando a construção de uma realidade diferente da imaginada. Observa-se ainda que a dificuldade de elaboração da perda de um filho que nem "chegou a nascer" é comumente intensificada pela falta de apoio social. A questão é que a impossibilidade de enxergar o lugar psíquico de onde emerge um filho faz com que as mínimas condições para a elaboração desse tipo de luto tendam a ser desconsideradas. (Heazell, et al., 2016). Após o parto de um natimorto, a família, profissionais de saúde e amigos tendem a privar os pais, especialmente a mãe, de entender, sofrer e elaborar o luto.

Não se costuma incentivar os pais a verem o bebê, nem mesmo a falar sobre o que aconteceu. Normalmente, após um óbito fetal, os pais podem contar com poucas recordações

do filho, provocando com frequência uma sensação de irrealidade e vazio. (Aguiar & Zornig, 2016).

Perante a morte de um filho/a, os pais que vivenciam a dor, apresentam reações semelhantes às observadas em outras situações de luto, tais como sentimento de vazio interior, culpabilidade, irritabilidade, pesar esmagador, temor de uma nova gravidez, raiva, incredulidade e apatia. (Hutti, 2005). Estudos mostram que aproximadamente, 20% das mães sofrem de algum transtorno psicológico, como depressão ou ansiedade, dentro de um ano após a perda, com chances de desenvolver distúrbios psíquicos que podem impactar em eventuais gestações futuras e no relacionamento com o bebê seguinte. (Badenhorst & Hughes, 2007). Algumas dessas situações são tratadas como mortes invisíveis, subestimadas, não acolhidas pela sociedade, nem analisadas pela equipe de saúde.

No entanto, outros autores, como Simonetti (2004), entendem que o luto não é apenas um processo de sucessivas fases, mas, também, um carrossel de reações e sentimentos, que se alternam de diferentes maneiras, em cada situação de perda. Para Parks (2009), o luto por morte é uma das experiências mais graves e potencialmente danosas da vida de uma pessoa.

Segundo Gesteira (2006), a psicologia entende que para dissipar a dor psíquica de uma perda, é necessário que ela seja dita, vivida, sentida, refletida e elaborada, mas nunca negada. Muitos pais suprimem sua dor em público. Mulheres cujos bebês foram natimortos muitas vezes se sentem estigmatizadas, socialmente isoladas, menos valorizada pela sociedade e, em alguns casos, estão sujeitos ao abuso e a algum tipo de violência. (Carvalho & Meyer, 2007).

Lidando com a perda

O processo de perda de um adulto é, em grande parte vivenciado de maneira retrospectiva, uma vez que envolve muitas lembranças do passado. A perda em gestação ou de um bebê, por seu turno, torna-se prospectivo, já que envolve perspectivas para o futuro. (Cunha, 2021).

Destaca-se a importância dos rituais para o processo de luto. De acordo com Mitima-Verloop, Mooren e Boelen (2019), os rituais oferecem a oportunidade de expressão das emoções culturalmente aceitas relacionadas ao luto, marcando a transição, na qual a irreversibilidade da morte pode ser enfatizada. Os rituais podem ser um ponto de partida para a recuperação, além de serem um vínculo no processo de transformação, transição e continuidade. Uma despedida com sentido é capaz de auxiliar o enlutado no processo de integração do luto.

Segundo Doka (2006) o funeral tem papel terapêutico, pois proporciona um tempo delimitado para estar com outras pessoas, dividir memórias e receber suporte, reafirmando a realidade da morte e oportunizando a expressão de emoções, beneficiando o enlutado.

Os cuidados físicos e emocionais, assim como os momentos passados com o bebê e a coleta de lembranças, aumentam as chances de uma experiência de luto saudável. (Salgado, Polido, et al., 2021). Em um estudo norte americano foram convidadas quarenta mulheres participantes que tiveram um aborto espontâneo entre 12 e 20 semanas, onde receberam apoio com base em protocolos de mediação. Após as intervenções, relataram que sentiram diminuição do desespero e se sentiram cuidadas e assistidas. (Johnson & Langford, 2015).

Em 2019, foi lançada a ação “Por que precisamos falar sobre a perda de um bebê” (QUEM/OMS 2019), com o objetivo de tornar visíveis os abortos, natimortos e óbito neonatal em todo o mundo, bem como retratar a necessidade de boas práticas e profissionais de saúde qualificados. A iniciativa se alicerçava nas vivências das mulheres com perdas perinatais e em dados epidemiológicos, e propunha o fim do “estigma inaceitável e vergonha que as mulheres enfrentam após a perda do bebê”, reivindicando empatia, respeito e apoio durante o atendimento a essas mulheres.

A morte também altera as expectativas anteriores dos pais sobre a paternidade. (Silva & Sales 2012). Rando (1993/2012) propõe uma teoria denominada- "Os Seis 'R' Processos de Luto" na qual são destacadas seis etapas importantes: 1. Reconhecer, 2. Reagir, 3. Revisar ou Rememorar, 4. Renunciar, 5. Reajustar-se, 6. Reinvestir. Se olharmos para o luto dos pais pela lente dessa teoria podemos encontrar no terceiro processo, "relembrar e reviver o falecido e o relacionamento”, enormes dificuldades para os pais, devido às escassas ou mesmo ausentes memórias reais do bebê que morreu, ou da gravidez perdida. (Silva & Sales, 2012). Com isso em mente, a coleta de memórias é um ponto-chave nas diretrizes abrangentes de luto perinatal.

A saída para uma nova vida ou para findar o luto não possui um tempo determinado. Resignificar a perda, não implica em afirmar que os pais apagarão da memória o filho perdido e que nunca mais irão chorar ou sentir saudade, porém as reações ganham outra intensidade e significado; é um movimento de perceber que se pode viver de novo, concentrando as energias em toda a vida e não apenas na mágoa e na dor. (Kubler-Ross, 1996).

Parkes (1998) comenta que quando o tempo para superação da perda é demasiadamente longo, o sujeito pode estar vivendo um dos tipos de luto patológico - o luto prolongado. Dalgalarondo (2007) enfatiza, contudo, que um quadro patológico não se determina apenas pela junção dos sintomas, mas pela globalidade que o caracteriza.

Uma das estratégias defensivas das mulheres é de recorrer a uma nova gravidez, muitas vezes num curto espaço de tempo, após a perda gestacional/neonatal, com a esperança de que o processo de luto seja finalizado com um novo bebê. (Rodrigues, 2009). Navidian, et al., (2017) relata que, entre mulheres que ficam absorvidas pelo medo de viver a sofrer nova perda, 50% a 98% dessas mulheres decidem engravidar novamente dentro do prazo de um ano, após a vivência sofrida. O termo “bebê arco-íris” é atribuído ao bebê que nasce depois de uma perda gestacional/neonatal, simbolizando algo que vem após uma "tempestade". Não se tem conhecimento sobre o autor deste termo; desde 1980, a comunidade científica vem se debruçando sobre a relação entre a perda gestacional/neonatal e a condição emocional materna na gravidez subsequente. (Vidal, 2010).

Gestação e perda perinatal na pandemia pelo Covid-19

Durante a gestação, as mulheres ficam mais vulneráveis devido ao estresse, à mudança de humor e à ansiedade, potencializados e associados a novos fatores de preocupação. Essa condição aparece no percurso da gestação que se desenrola durante a pandemia. Destaca-se, nesse contexto, o receio de contrair o vírus nos procedimentos de rotina, medo da morte perinatal e do morrer.

Pelas modificações da gravidez, em diversos sistemas (cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e da coagulação) o MS (2020), considera as gestantes e puérperas compõem o grupo de risco frente a Covid-19. Tornando a gestante mais susceptível a pneumonias virais, como aconteceu há pouco mais de 10 anos com o vírus H1N1 e mais recentemente com a SARS-CoV e com a MERS-CoV.

No decorrer da pandemia, e com o avanço do conhecimento, alguns dados foram descartados, outros confirmados, onde a continuidade dos estudos ainda permanecem a nível mundial. A gravidez tornou-se uma preocupação, já que se percebeu que as gestantes com COVID-19 podem apresentar complicações atípicas, inicialmente com evolução parecida com as não gestantes. (Chen, et al., 2020; Gan, et al., 2020).

Estudos desenvolvidos em 2021 demonstraram que o desfecho de mulheres grávidas com COVID-19 grave e moderado apresentou-se desfavorável apontando como estas tiveram maior chance de hospitalização, admissão em terapia intensiva e ventilação mecânica. (Ellington, et al., 2020; Gámez-Gámez, et al., 2021).

Segundo Rodriguez-Diaz et al. (2021), além da hipertensão gestacional está 5 vezes mais associada as mulheres com infecção por COVID-19 em comparação com a não gravidez, o risco de descolamento placentário, por alterações, está 21 vezes associado a infecção, levando diretamente risco ao feto. Estudos mostram maior risco no desenvolvimento de hemorragia pós-parto, transfusão e morte fetal intrauterina em relação as que não tinha a infecção. (Arinkan et al., 2021). O risco de mortalidade materna aumentou 22 vezes mais em regiões menos desenvolvidas, enfatizando que quando os serviços integrais de UTI não estão disponíveis favorecem o número de óbitos. (Villar, et al., 2021).

Em consequência dos riscos e dos agravamentos maternos, tornou-se uma preocupação o estado de saúde dos recém-nascidos. Os cuidados voltaram-se a evitar a contaminação do recém-nascidos na sala de parto logo ao nascer. (Brasil, 2020). Até 2021, os autores não identificaram nenhum caso de transmissão definitiva vertical de uma mãe infectada com COVID-19, mas estudo sugerem que o SARS-CoV-2 pode causar maior risco de admissão em UTI neonatal e morte fetal no primeiro e segundo trimestre de gestação. (Giordano, et al., 2021).

O Ministério da Saúde estabeleceu que, em meio à pandemia de COVID-19, a rede seria preservada e incentivada a suprir, da melhor forma possível, as necessidades assistenciais às gestantes, puérperas e recém-nascidos incluindo determinações com orientações referentes a vacinação contra a covid-19. (MS, 2020). Porém, os bloqueios sanitários adotados em todo o país, isolamento social, interrupção dos serviços de saúde, receio do adoecimento, alteração da frequência aos centros de saúde e a *vedação ao direito do acompanhante na assistência* durante o auge da pandemia, foram fatores que, também, afetaram o bem-estar das gestantes. Soma-se o fato de que esses elementos *violaram o direito da própria mulher num momento em que tanto se necessitava de amparo*. Pelas informações e incertezas no período, são compreensíveis o medo e a ansiedade instalada entre essas mulheres. (Estrela, et al., 2020).

METODOLÓGIA

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa descritiva, a partir das narrativas de mulheres em situação de perda perinatal.

O estudo é composto por 05 mulheres que sofreram perda perinatal, no sistema público e/ou privado, que foram notificadas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/MS), de setembro de 2020 a março 2021, residentes no Distrito Sanitário de Brotas na cidade de Salvador-Bahia. Foi utilizado o método de conveniência, para a seleção, pela dificuldade de acesso às mesmas durante a pandemia pelo Covid-19.

O caminho metodológico utilizado neste estudo organizou-se a partir de duas frentes de investigação. Inicialmente, a situação das ocorrências dos óbitos infantis e fetais adquiridas em base de dados ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) a partir das informações secundárias, contemplando o perfil epidemiológico das participantes (raça cor, bairro, local de ocorrência do óbito, causa óbito e idade).

No segundo momento, após aceitação da participação na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE e, também, considerando as medidas sanitárias preventivas adotadas em virtude da pandemia Covid-19, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas com roteiro semiestruturado de forma online, pela Plataforma Zoom, na tentativa de abordar os objetivos centrais a serem investigados na presente pesquisa, trazendo as falas, assim, associadas aos sentimentos presentes. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra para posterior análise de dados.

A análise do material da pesquisa foi realizada pelos conteúdos das entrevistas transcritas e pelo diário de campo, através de uma leitura “flutuante” e de um tratamento analítico, segundo Minayo (2007), com identificação e categorização em suas três etapas: pré-análise e organização dos dados coletados; exploração do material e classificação dos dados; tratamento/inferência e a interpretação dos resultados obtidos.

Em seguida, o processo de categorização atendeu às etapas em que procederam à codificação dos dados, de forma sistematizada, com a finalidade de verificar as estruturas de relevância e as ideias centrais, relacionadas com o objeto da pesquisa, tendo como eixos condutores: a expectativa na gestação, a interação com o filho e o processo de perda e luto vivenciados após a interrupção da gestação ou da morte do neonato.

Levou-se em consideração a presença ou frequência de aparição dos núcleos de sentido contidos na comunicação (no caso nas respostas obtidas), objetivando identificar proposições e ideias que, com agrupamento, que deram origem às categorias temáticas. Na terceira e última fase, que compreende tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, procedeu-se a descrição de trechos relevantes com construção e discussão das categoriais organizadas em eixos temáticos que serão expostas nos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O percurso traçado como resultados e discussões, visa caracterizar a percepção das mulheres quanto a sua experiência de perda/luto, a fim de fornecer elementos que diminuam a lacuna identificada no estado da arte.

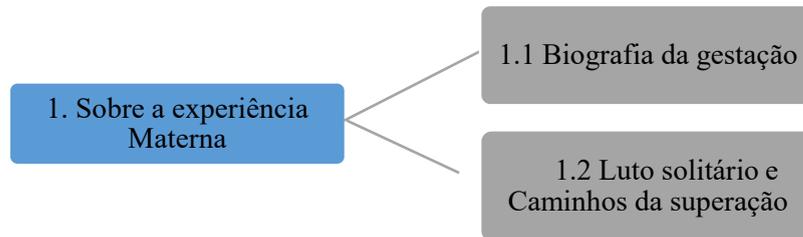
São muitos os autores que estudam sobre as fases do luto, por isso, elas podem apresentar nomenclaturas e características específicas diferentes. Na perspectiva de Bromberg (2000), o processo de luto pode envolver quatro fases, que não ocorrem necessariamente de forma rígida e na sequência, uma vez que a individualidade e subjetividade do indivíduo são diferentes no luto. Seriam: Entorpecimento, Anseio e Protesto, Desorganização e Desespero, e Reorganização.

Sob as perspectivas dessas mulheres, abordadas em suas narrativas referentes às histórias vividas, as falas estão relacionadas à sua gestação, ao vínculo estabelecido mãe filho construído no período gestacional, ou até mesmo antes da gestação, ao luto isolado, à rede de apoio e espiritualidade como caminhos de superação do luto, à ressignificação da morte como busca e à construção de sentido e significado para a perda. Para isso foram criadas categorias e reagrupadas, quando pertinente, em um eixo temático: “*Sobre A Experiência da Materna*”.

Sobre a Experiência Materna

Esse eixo foi originado a partir do agrupamento das categorias: 1. Biografia da gestação (envolvendo o vínculo mãe-filho e risco da perda gestacional), 2. Luto solitário e Caminhos de superação da Perda (relacionado a rede de apoio e espiritualidade), elaborando então, a partir da categoria do discurso emergente das mulheres participantes e observações de análise, a Árvore Temática denominada ‘Sobre a experiência materna’.

Figura 1 - Árvore Temática 2



1.1 Biografia da Gestação

Na categoria denominada “*Biografia da Gestação*” aborda a percepção da mulher no seu processo gravídico, apresentando suas especificidades em relação a sua gestação, anseios, medos e desejos ligados à gravidez, o vínculo mãe/filho e o risco da Perda Gestacional.

Risco da Perda que altera o vínculo mãe/filho

Nessa categoria foram englobadas as narrativas quanto ao vínculo estabelecido entre a gestante e o seu filho que está sendo gerado, e os sentimentos que englobam essa relação durante a iminência da perda. Percebeu-se nas falas das participantes que o risco da perda gestacional é vivenciada como um acontecimento profundamente perturbador na construção de vínculo com o filho, abalando assim um mundo presumido e esperado, que antes seria tido como certo e garantido.

A partir do impacto da ameaça da perda, as concepções sobre si mesma e sobre a gestação e o mundo são modificadas, assim como há transformações nas estratégias de enfrentamento da vida a partir dos prováveis acontecimentos. A instabilidade emocional da mulher pode gerar sofrimento, frustração, sentimento de impotência pela incapacidade de intervir no processo do agente causador da morte que está por vir, instalando um luto antecipatório.

O bebê, como objeto de desejo da mãe, passa a concentrar todo o seu investimento e a fazer emergir uma série de ambivalências que envolvem conflitos de perdas: corporais/físicas e simbólicas.

Destacando-se aqui as falas das entrevistadas durante a eminência de um óbito fetal:

“Foi uma gravidez que desejei, queria muito outro filho naquele momento, fiquei muito feliz, adorei.... É complicado você saber que seu filho está morrendo dentro de você e você não

poder fazer nada, só esperar. Sentia muito medo. Comecei a conversar com ele, dizer que eu queria muito que ele ficasse, mas eu não sabia da vontade de Deus, se fosse esse tempo mesmo para ele ficar; eu agradecia muito por ter me escolhido e sentiria muito sua partida. Isso me aproximava mais dele e ao mesmo tempo era como se a despedida fosse amenizando a partida. Ficava confusa, às vezes como se não quisesse me apegar muito, mas ao mesmo tempo, já estivesse apegada, amando muito ele...” (Girassol, 32 anos, empresária, espiritualista, secundigesta)

“...Eu fiz um barrigão, eu queria que minha barriga fosse maior.. queria ele lindo...e assim tudo que eu podia fazer eu fiz, em relação a alimentação, parei de tomar refrigerante, tudo pensando no bem dele e tudo pensando em realizar o meu sonho com ele, em deixar o meu sonho seguir do jeito que eu idealizava, então tudo que eu fiz, todos os exames no tempo certo, todas as vacinas eu tomei, tudo, tudo...mas, foi só um sonho que acordei quando soube do risco de sua morte...” (Hortência, 35 anos, Administradora Ambiental, evangélica, primigesta)

Conjecturando pelo complexo edípico pelo qual a menina chega a ser mulher e sobre a sua constituição narcisista – o seu caminho de construção de um eu – podemos entender, como aponta De Felice (2000) e Freud (1914/1969), que o bebê se encontra, no desejo da mãe, como um substituto fálico que é deslocado no seu imaginário como um objeto de amor que a torna completa. Revive com o seu bebê, durante a gravidez e após a gestação, seu próprio narcisismo, elegendo o bebê como objeto libidinal.

A Teoria do Apego desenvolvida por Bowlby (2002) propõe existir uma necessidade humana de desenvolver vínculos afetivos íntimos, com função biológica de sobrevivência da espécie, iniciando na fase fetal em um processo contínuo, em que o bebê imaginário passa a fazer parte do cotidiano da gestante mais intensamente e é formado por fantasias, desejos, sonhos e representações dos modelos de ser mãe.

1.2 Luto Solitário

Na categoria *Luto Solitário* destaca-se que, apesar de doloroso e muitas vezes recluso, porque inclui a percepção da perda, o luto é um processo que visa representar e acomodar esta perda.

Um dos efeitos da invisibilidade do luto, quando se perde um(a) filho(a) é a sensação de solidão quase que avassaladora e difícil, inevitável, instalando uma falta de perspectiva. A projeção que se constrói de um momento que irá chegar se desfaz com a perda.

O luto vem acompanhado de um desafio específico: a falta de espaço e autorização pela sociedade para expressar a dor, de um luto não reconhecido. Sentimentos invalidados e incompreendidos são verbalizados na dor que se sente, nem sempre de forma consciente, os profissionais e/ou família dessas mulheres acabam por dizer ou agir de maneira a tentar suprimir o sofrimento e afastar o tema da morte de suas vidas.

A falta de empatia e aceitação social para sentir e viver a perda, pode representar um fator de risco para a elaboração do luto dessas mulheres, tornando-as ainda mais solitárias, sozinhas até de si mesmas; ações provocadas pelo despreparo e desconhecimento da sociedade em geral para lidar com os temas da morte e do luto.

Muitas se fecham na ilusão do trabalho. Algumas, na ideia de que a vida segue a mesma. Outras adotam o silêncio como estratégia de sobrevivência. A fala transcrita abaixo explicita essa trajetória de solidão, durante o processo de perda.

“Quando cheguei da maternidade, fui direto para o meu quarto, só queria minha cama. Me sentia muito sozinha na minha dor. Minha mãe veio aqui para cuidar de mim, da casa.. Meu marido ajudava com o meu filho mais velho e eu chorava; não queria ver ninguém... Não tive vontade de fazer nada por um tempo, nada mesmo... nem de comer, conversar, nada... fiquei como se fosse no vazio e chorava... não falava nada e ficava com isso para mim. É meio complicado, é você quem está passando pela situação, é diferente de quem tá só acompanhando, mesmo o marido, acredito que a dor seja diferente. Sente dor, mas é diferente”.
(Jasmin, 36 anos, desempregada, sem religião, terceira gestação, (uma perda fetal anterior)

Whorden (2013) aponta que uma das atribuições do luto é processar a dor da perda, destacando a necessidade de vivenciar a tristeza e dar espaço para o sofrimento e os sentimentos relacionados ao luto, assim como a raiva, a culpa e a solidão. O autor, ainda, afirma que, muitas mulheres evitam tocar no assunto da perda e do luto por não sentirem que a dor é reconhecida ou merecedora de suporte.

Despedida e Caminhos da Superação

Nessa categoria percebeu-se uma relação entre as reações significativas da mãe diante da morte, a sua dor e sofrimento implicados, o respeito as suas atitudes e reações em relação a escolha de despedidas ou não ao seu filho. Qualquer que seja a opção, sua escolha deve ser respeitada.

Aborda-se, também, os elementos que puderam ser considerados como elementos de apoio no enfrentamento da perda, e, portanto, elementos promotores de saúde no processo do luto. Três das cinco mulheres entrevistadas mencionaram a necessidade do momento da despedida, duas, que passaram por perda fetal, evitaram esse momento. As participantes concordaram que, com o tempo haveria superação, apesar de não ser mais a mesma pessoa, carregando uma história de dor profunda.

Nota-se, no contexto da perda, uma necessidade, e respeito, a providenciar o desenlace e lembranças do bebê, indicando que essas opções podem ajudar os pais a suportarem melhor o luto, assim como, a divulgação das experiências, de grupos com profissionais de saúde e pais que perderam seus filhos, que sejam capazes de construir uma cultura de apoio, carinho e respeito ao luto ao permitirem que os pais enlutados possam compartilhar suas histórias difíceis em público, aprendendo o que pode ser feito para o enfrentamento deste sofrimento.

“...eles me levaram, o pessoal da família não queria que eu fosse ver, mas eu disse que eu queria ver minha filha, eu não acho justo eu não ver minha filha mesmo com ela morta, aí eu fui, foi um momento muito doloroso mas foi um momento meu e dela, muito paciente, não sei explicar só... (chorando) mesmo ela morta (pausa chorando) eu pedi pra tirar, eu pedi pra tirar e ela tava toda roxinha, pedi pra descobrir ela e eu olhei tudo, perna, braço, tudo, tudo, eu precisei, carregar, cheirar e me despedir...”(Rosa Vermelha, 31 anos, fisioterapeuta, simpatizante espírita, primigesta)

A rede de apoio é um importante facilitador para o processo de luto das mães e das famílias. É a vivência ou disponibilidade de pessoas, assistência profissional e psicólogos em quem pode confiar, que passaram pela mesma experiência ou não, mas que detenham de recursos para dispor, exercendo da empatia para ouvir, compreender e dar respostas de ajuda e assistência, estabelecendo a construção de pontes e relação de confiança com o enlutado para a elaboração do luto e o caminho da superação.

Ressignificar e integrar a perda e a prosseguir a vida, ensinar quem sofreu a perda a recorrer às técnicas, que evitem o foco constante na perda em si, incentivar as relações interpessoais e a criação de novos laços com pessoas que estejam dotadas de algumas básicas competências de comunicação assertiva, é um procedimento de ajuda relevante e saudável. Assim aponta o relato de mais uma das participantes.

“Você tem que ter um suporte, marido, família, amigos e suporte psicológico. Deveria ter uma equipe pra apoiar essas mães porque quando você encontra uma mãe que tá na mesma situação que você, você acaba compartilhando da mesma dor, ela acaba de entendendo e você

acaba entendendo ela, acaba trocando as informações e eu tive que buscar isso sozinha, através de um grupo que eu participei, conheci outras mães que passaram e que estavam passando pelo mesmo processo que eu passei, então se o hospital olhasse com esse olhar carinhoso, com esse olhar acolhedor pra mãe ...”(Hortência, 35 anos, Administradora Ambiental, evangélica, primigesta).

Conforme Gold e Dalton (2007), as recomendações encontradas na literatura científica, como citadas também por Salgado (2018), evidenciam que ver e segurar o bebê e guardar lembranças como fotos, impressões dos pés ou das mãos, ou uma mecha de cabelo, colocadas em uma caixa de memórias, se as mães assim desejarem, favorecem no processo e na superação do luto.

A fase de Reorganização, segundo Bromberg (2000), se dá, após as fases de entorpecimento, aceitação e procura, e desorganização e desespero. É a fase de início da aceitação da perda, onde ocorre o retorno da independência e da iniciativa, sendo comum a volta de sintomas que haviam cedido, principalmente em datas que trazem muitas lembranças, como dias de nascimento e morte.

Para Freud (1915/1996), a resolução do luto está na transferência da libido para outros aspectos, coisas e pessoas. Manter, portanto, uma expectativa de elaboração ou de reconhecimento dos aspectos positivos da vida, apesar da perda, são indicadores favoráveis para a elaboração e enfrentamento do luto.

Do mesmo modo em que o enlutado vivencia a dor e os sentimentos da perda, há a necessidade de reorganização da vida diante da ausência do ente falecido, numa vivência constante e cíclica de eventos estressores que desestabilizam o viver. Para que esta reorganização da vida seja possível, é importante que se encontre suporte que o auxilie na busca por estratégias de enfrentamento e adaptação à perda, caracterizada pela capacidade do enlutado em transitar entre os estressores do luto e a reorganização e restabelecimento da própria vida. (Frizzo, et al., 2017).

Criar rede de relacionamentos para a expressão de sentimentos e emoções, superação da perda e ativismo social, sugerem a necessidade de mães enlutada reorganizar a vida apesar da perda. Compartilhar experiências da perda, do luto é um desafio para seguir em frente, dar conta das tarefas e desenvolver nova identidade e papel social após o falecimento do filho. (Frizzo et al., 2017).

A *Rede de Apoio* familiar, profissional e social, poderá ser fundamental no enfrentamento e superação da perda (Zunzunegui, 2004). Mendonça (2018) confirma que o

apoio social é um fator protetor, passível de se assumir como recurso de suporte para as mães que experienciaram uma perda gestacional ou neonatal.

Espiritualidade e práticas integrativas

Essa categoria vem corroborar a espiritualidade e as práticas integrativas, como fatores relevantes como sustentáculo no caminho da superação do luto gestacional.

A fé e principalmente, a esperança, pareceram amenizar a angústia da perda do filho, podendo ser importante no desenvolvimento do luto, evitando assim o luto prolongado ou até mesmo patológico. A espiritualidade foi vista como um elemento de resiliência psicológica de apoio.

Além da espiritualidade, foram observados também outros elementos de suporte, como amigos, trabalho, grupos em redes sociais, a música e a chegada de um bebê arco-íris na vida de uma das participantes. As práticas integrativas, foram narradas como importantes aliadas das famílias, auxiliando muitas mulheres a superar o luto causado pela perda gestacional. Tais práticas são oferecidas pela rede pública em algumas unidades de saúde, como Reiki, acupuntura, terapia comunitária e o uso de Homeopatia (autor, ano). Na narrativa destacada, a mãe inclui essa abordagem no campo da espiritualidade.

É a adaptação e convivência com a dor da saudade que se torna menos dolorida, a tristeza profunda vai dando lugar à novas experiências, apoiadas em suportes no período da superação. O enlutado começa a ter vontade, gradativamente, de voltar a se interessar pela vida e pelas pessoas que estão ao seu redor, com uma nova sintonia emocional com transformação de laços afetivos com possibilidade de novos vínculos e parcerias.

Todas as participantes entrevistadas mencionaram a espiritualidade como suporte importante para o enfrentamento da perda perinatal.

“...Quando eu comecei o tratamento com o psicólogo eu melhorei um pouco porque ela começou a trabalhar que era vontade de Deus, por eu ser uma pessoa evangélica, os cultos e as pregações me ajudaram muito e me ajudou mais do que a psicóloga a me apegar mais com Deus. E aí ela foi me mostrando que não tem só eu, que eu não sou a única que perdeu o filho, que eu sou uma mulher forte, que Deus me escolheu, e ela passou a me encorajar e ver a vida por outro lado e eu comecei a ficar um pouco melhor.” (Hortência, 35 anos, Administradora Ambiental, evangélica, primigesta).

“No espiritismo, a gente trabalha, também, com as coisas de micro fisioterapia, constelação, ... a gente trabalha na aceitação de que isso tinha que acontecer e aceitar isso

dentro de mim ... Hoje em dia eu acredito que ela tenha cumprido a missão dela.... O plano poderia ter terapias alternativas, como: aromaterpia, massagem..., no momento eu não poderia fazer por causa da questão financeira.”(Rosa Vermelha, 31 anos, branca, fisioterapeuta, simpatizante espirita, primigesta).

“A fé também me ajuda...Apesar de que eu sou uma católica não praticante, mais durante a situação eu me apeguei a várias religiões, mas principalmente a católica, com rezas, orações, mas apelei para a umbanda, espiritismo e candomblé, fazia corrente de orações, novenas aos santos, ... acho que me ajudou muito.” (Flor de Lótus, 34 anos, negra, assistente social, católica não praticante, primigesta)

“Graças a Deus, minha fé me sustentou, a fé sustenta, crer em Deus ajuda a sustentar. Tem algumas que nem querem ter mais filhos, com medo...”(Jasmim, 36 anos, parda, desempregada, crer em Deus, secundigesta)

” Eu acredito em Deus, tenho fé, muita fé, e acho que a minha fé me sustentou e me fez aceitar tudo sem ressentimentos, sem muitos questionamentos, nem revoltas, mas tudo isso não anula a tristeza, a dor...oro por ele, sinto que é um ser de luz. Isso me faz bem. Ser mãe de um ser de Luz...” (Girassol, 32 anos, empresária, espiritualista, secundigesta)

A religião e a espiritualidade também são reconhecidos como importantes elementos de apoio no luto, pois, segundo Bowker (1970, apud Vasconcelos, 2010) as tradições religiosas/espirituais criam teorias sobre o sofrimento e a morte, por esta razão acabam gerando sentidos e estratégias para se lidar com ela. Para Levin (2003), a espiritualidade está intimamente relacionada à esperança, que por sua vez ajuda a placar a angústia da finitude trazida pela morte, fornecendo um apoio diante da morte porque cria perspectivas de sobrevivência a ela.

Para Speraw (2006), a religião/espiritualidade é um apoio elementar na experiência do luto. Conforme Elias (2011), a experiência do luto está para todos, mas é sempre uma experiência singular. Para Freud (1927), estas crenças apresentam a busca de " realizações dos desejos mais antigos, mais fortes e mais urgentes da humanidade, tais como, agarrar-se a existência do pai e a ideia da imortalidade da alma humana. Trata-se de "uma ilusão, causada do desejo envolvido”. (...)” *o que é característico das ilusões é que elas são derivadas de desejos humanos”.*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho buscou identificar a partir da perspectiva das mulheres, através das suas narrativas, o processo na construção do vínculo mãe-bebê estabelecidas durante o período gestacional sob ameaça da perda, independentemente do tempo de gestação, a dor e solidão que permeiam esse evento, os elementos que melhor atuaram como apoio para pessoas em vivência do luto e a relação entre enfrentamento e respeito aos sentimentos e possíveis ressignificação a vida diante do inesperado luto pela perda perinatal.

Constata-se que a mulher no seu processo de gravidez, reencaminha sua história a partir do lugar imaginário, simbólico e real, estabelecendo planos futuros, carregados de sentidos e apego, projetando sua história como continuidade. Na inesperada ameaça da morte, instala-se o sofrimento e luto antecipatório que permeia a ininterrupção do vínculo com seu filho.

Seja no óbito fetal ou perinatal de um filho imaginário, ou na concretização do real, onde no pós parto em situação de um óbito neonatal, em ambas situações o vínculo afetivo é estabelecido, perdendo esse filho, além da dor e sofrimento, perde-se as expectativas e desejos e planos também serão destruídos.

Apesar das perdas gestacionais e neonatais serem frequentes, a morte é instituída como rotineira nas maternidades com assistência pelas condutas técnicas estabelecidas, costumando-se subestimar e naturalizar o evento, não só pela equipe de saúde como também pela sociedade. A representatividade do sofrimento psíquico para a mulher conectada em seu estado gravídico, que inesperadamente se depara com a morte é desconsiderada. O impacto é singular para cada uma delas e para sua família, porém costuma-se estandardizar tornando a dor mais intensa.

Verifica-se que esse tipo de luto, muitas vezes é vivido de forma silenciosa, não sendo ofertado nem recebido o suporte adequado por não reconhecimento da dimensão e o significado da própria perda ou pela não validação da sociedade. Reprime-se o luto que precisa ser vivido para seguir.

Um dado importante da pesquisa foi o relato da falta de empatia e de acolhimento pelos profissionais e equipe de saúde à mulher, após a perda. Mas, em contrapartida, emergiram várias contribuições positivas para o enfrentamento do luto, reafirmando como a rede de apoio (referente à família, aos amigos, aos profissionais) que ofereceram ou foram contactados pela equipe, como suporte para enfrentamento e superação do luto, constituíram-se em elementos extremamente significativos e positivos no processo. Mostra-se a importância do reconhecimento da própria mulher ao seu direito ao luto e a validação da rede de apoio ao cuidado específico e singular, pelos profissionais de saúde, família, amigos e sociedade em geral a essa mulher, através da legitimação do luto fetal e perinatal.

Os relatos encontrados da relação com a espiritualidade e a perpetuação da memória do filho corroboram a tese de que a fé ou a crença pessoal pode ser um dos fatores de proteção para os pais enlutados. Ela pode ser considerada facilitadora na construção de uma nova forma de entender o mundo trazendo motivação e sentido de vida, assim como outros elementos de apoio. Apesar do sofrimento físico/psíquico e da solidão vivenciada pelas participantes, revela-se que não se configura toda perda em um luto complicado.

Necessita-se de uma mudança nos aspectos das estratégias e ações referentes a aplicação das políticas públicas de saúde para que a perspectiva seja positiva em relação a superação das perdas, com práticas assistenciais adequadas.

Contudo, o estudo apresenta limitações que apontam para o período pandêmico causado pela Covid-19, não permitindo que as entrevistas fossem realizadas presencialmente, levando a dificuldade do contato com algumas participantes e pela impossibilidade da conexão estável da internet e plataforma virtual. Mas, apesar desses entraves, o estudo apresenta-se de grande importância ao buscar revelar a necessidade de construção e implementação de estratégias na qualidade da assistência, como caminho de ressignificação a vida diante do luto pós perda perinatal, que possam prevenir possíveis complicações, proporcionando a saúde física e mental dessas mulheres em condição de perdas, de maneira acolhedora e igualmente humanizada, visibilizando e validando sua dor psíquica.

Sinteticamente, o enfrentamento do luto, com possibilidade de superar a perda inesperada, significa a possibilidade de caminhar em direção à sua resolução e encontrar uma maneira de “apesar” da perda, se viver e conviver em busca de novas fases de vida.

REFERENCIAS

- Aguiar, H. C.; Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos clin.* 21(2). São Paulo.
- Alves, K. M. C, Comassetto, I., Almeida, T. G., Trezza, M. C. S. F., Silva, J. M. O., & Magalhães, A. P. N. (2016). *A vivência dos pais da criança com câncer na condição de impossibilidade terapêutica.* Texto e Contexto Enfermagem, 25(2).
- Arinkan, S. A. et al. (2021). Perinatal outcomes of pregnant women having SARS-CoV-2 infection. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 60.
- Badenhorst, W.; Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract. Res Clin Obstet Gynaecol.*

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bleichmar, S. (1994). A Fundação do Inconsciente. Destinos de Pulsão. Destinos do Inconsciente. *Artes Medicas*.
- Bernardino, & C. M. F. Rohenkohl (Eds.)(2002). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas* (pp. 205-218). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bowlby J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. 3rd ed. São Paulo: Martins Fontes;
- Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A psicoterapia em situação de perdas e luto*. Campinas: Livro pleno.
- Brasil. Ministério da Saúde (2020). *Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.
- Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57.
- Chen, N. et al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China. *Lanceta*. 395(10223):507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
- Corno, G., Bouchard, S., Baños, R.M., Rivard, M.C., Verdon, C., de Montigny, F. Providing (2020). Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention. *Front Psychol*.11.
- Cunha, C.R.C., (2021). Perda Perinatal: um estudo sobre luto e vínculo. Trabalho para obtenção de mestrado. Departamento de Psicologia, PUC – Rio.
- Dalgalarrodo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev. Psiquiatr. Clínica*. São Paulo.
- De Felice, Eliana Marcello. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetor.
- Doka, K. J. (1989). *Luto Privado: Reconhecendo o Pesar Oculto*. Nova York: Lexington Books.
- Doka, K.J. (2006). *Pensando e Planejando o Fim da Vida: Rituais – Como Lidamos com a Morte – e a Vida*. Exeptional Parent 36.
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudos*.
- Elias, n. (2011). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ellington, S. et al. (2020). Características de mulheres em idade reprodutiva com infecção por SARS-CoV-2 confirmada em laboratório por estado de gravidez - Estados Unidos

- Estrela, F.M., Silva, K.K.A., Cruz, M.A., Gomes, N. P. (2020). Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro.
- Freitas, N.K. (2000). *Luto materno e psicoterapia breve*. São Paulo: Summus.
- Freud S. Luto e melancolia, (1917/1996). In: *A história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago
- Freud S., (1927). *O Futuro de uma ilusão*. Leipzig, Viena e Zurique: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 91 págs.
- Gámez-Gámez, L. (2021). Influência do COVID-19 na gravidez na perspectiva da terapia intensiva. *Scientific Information Magazine*, 100.
- Gan, T. J. et al. (2020). Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg*.
- Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*.
- Giordano, G., Petrolini, C., Corradini, E. et al. (2021). COVID-19 in pregnancy: placental pathological patterns and effect on perinatal outcome in five cases. *Diagn Pathol*. 16.
- Gold, K.J., Dalton, V.K., Shwenk, T.L. (2007). Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol*. 109(5):1156-66. doi: 10.1097/01.AOG.0000259317.55726.df.
- Gonçalves, P. C., & Bittar, C. M. L. (2016). Estratégias de Enfrentamento no Luto. *Mudanças. Psicologia da Saúde*, 24(1).
- Heazell, A.E.P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z.A., et al.(2016). Natimortos: consequências econômicas e psicossociais. *Lanceta*.
- Hoffmann, M. et al. (2020). Sars-Cov-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.cell.2020.02.052>.
- Hutti, M. (2005). Social and professional support needs of families alter perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 34(5): p.630-8.
- Iaconelli, V. (2007). Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 10: p. 614-623.
- Ibañez G., T. (1989). *La Psicología Social Como Dispositivo Desconstruccionista*. In T. Ibañez G., *El conocimiento de la realidad social* (pp. 109-133). Barcelona: Sendai.
- Kersting, A., Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 14(2):187-94.
- Knieböhler, Y.; Foquet, C. (1980). *L'histoire des mères*. Paris: Montalba.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.

- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Johnson, O.P., Langford, R.W. (2015). Um ensaio clínico randomizado de luto para perda de gravidez. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.
- Levin, J. (2003). Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: *Pensamento-Cultrix*.
- Lucas, Patrícia. (1998). Querer ser mãe...um longo caminho a percorrer! Um caso da consulta GEMF (Grupo de Estudos de Morte Fetal). *Análise Psicológica*.
- Maldonado, M. T. P. (1986). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Mendonça, C.S.A. (2018). *Interrupção espontânea da gravidez, morte fetal e perda perinatal: luto e fatores protetores*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Mercer, V. R. (2002). *Volte para casa e desmanche o quartinho: o luto perinatal*. In L. M. F.
- Minayo, M.C.S. (2007) *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 406.
- Mitima-Verloop, H.B., Mooren, T.T.M. & Boelen. P.A. (2019). Facilitating Grief: na exploration of the function of funerals and rituals in relation to grief reactions. *Death Studies*.
- Navidian, A., Saravani, Z., & Shakiba, M. (2017). *Impact of psychological grief counseling on the severity of post-traumatic stress symptoms in mothers after stillbirths*. Issues in Mental Health Nursing.
- Parks, C.M. (2009). *Amor e Perda: As raízes do Luto e suas Complicações*. São Paulo: Summus.
- Quem. (2019) *Por que precisamos conversar sobre a perda de um bebê*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Salgado, H.O., Polido, C.A. (2018). *Como Lidar Luto Perinatal: Acolhimento em hipóteses de perda gestacional e neonatal*. 1ed. São Paulo: Ema Livros.
- Salgado, H.O., Andreucci, C.B., Gomes, A.C.R. et al. (2021). O projeto de luto perinatal: desenvolvimento e avaliação de diretrizes de apoio para famílias que vivenciam natimortalidade e morte neonatal no Sudeste do Brasil - um estudo quase experimental antes e depois. *Saúde Reprod*.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
-

- Seidl-De-Moura, M.L., Mendes, D.M.L.F., Pêsoa, L.F. (2009) *Interações Sociais E Desenvolvimento*. (Org.). Curitiba: Crv.
- Silva, J.D.D, Sales C.A. (2012). *Do Imaginário ao Real: A Experiência de Pais Enlutados*. Rev Rene.
- Souza, A. L., Wottrich, S. H., Seelig, C., et al.(2007). O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica. *Rev. SBPH*. 10(1), p.151-160.
- Souza, A. S. R., Amorim, M. M. R.(2021). Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev.Bras. Saúde Materno. Infantil*. Recife.
- Speraw, S. (2006). Spiritual experiences of parents and caregivers who have children with disabilities or special needs. *IssuesMent Health Nurs*.
- Szejer, M., Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rando, T. A. (1993). *Tratamento da Luto Complicado*. Ed. Research Press.
- Rodrigues, A. S. N. (2009). *Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal numa gravidez seguinte* [Dissertação de Mestrado], Universidade de Lisboa. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
- Rodríguez-Díaz, M. et al. (2021). Resultados da Gravidez e do Nascimento durante os Primeiros Meses da Pandemia COVID-19: The MOACC-19 Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18.
- Torloni, M. R. In F. F. Bortoletti . (2007) *Luto perinatal Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole.
- Vasconcelos, E. M. (2010). A associação entre a vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro.
- Vidal, M. (2010). Gravidez após morte perinatal: Sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2).
- Villar, J., et al. (2021). Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatr*. Aug.
- Worden, J.W. (2013). *Terapia no Luto e na Perda: Um Manual para Profissionais de Saúde Mental*. São Paulo: Roca.
- Zunzunegui, M. V. et al. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science & Medicine*, 58.
-

5.3 Artigo 3 - Humanização do cuidado à saúde da mulher diante da perda perinatal: fluxos e protocolos de atendimento ao luto na cidade de Salvador, ba

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER DIANTE DA PERDA PERINATAL: FLUXOS E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO AO LUTO NA CIDADE DE SALVADOR, BA

Maria Cristina Gomes de Santana^{1 2}, Renata Amaral¹, Isabella Queiroz^{1 3}

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador/ Brasil.
2. Secretaria Municipal de Saúde – Vigilância Epidemiológica – Salvador - Ba
3. Serviço de Referência em Triagem Neonatal – Bahia/ APAE-Salvador, Salvador/Brasil

mariasantana.pos@bahiana.edu.br

renataamaral18.2@bahiana.edu.br

isabellaqueiroz@bahiana.edu.br

RESUMO

Introdução: A perda perinatal perdidas que ocorrem durante toda a gestação até o primeiro mês de vida do recém-nascido – desencadeia comumente o luto perinatal, um processo natural, contudo complicações nesse processo associado à ausência de assistência psicológica à mulher que enfrenta essa perda podem culminar no luto complicado. O alto número de óbitos perinatais atualmente vigente no Brasil, associado à incerteza da existência de fluxos e protocolo de acolhimento a essas mulheres nas maternidades de Salvador - Ba são barreiras importantes para garantir a integridade da saúde mental desses indivíduos, por isso faz-se necessário conhecer quais condutas e cuidados são ofertados nesse momento de fragilidade. **Objetivo:** O objetivo principal desse estudo foi identificar a presença de fluxos e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perda perinatal na Rede de Saúde de Salvador - Ba. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental qualitativo a nível tipo exploratório, em que foram analisados documentos eletrônicos oficiais que abordavam sobre os cuidados assistenciais de humanização às mulheres em situação de perda perinatal. **Resultados e Discussão:** Sete documentos fizeram parte desse estudo e apenas um dos documentos selecionados apresentou tais fluxos e/ou protocolos de acolhimento. A escuta qualificada foi a conduta mais relatada dentre os documentos que faziam referência aos cuidados com essas mulheres. **Considerações Finais:** Esse estudo evidencia a carência de políticas e programas públicos brasileiros voltados especificamente à assistência humanizada de mulheres em situação de perda perinatal e corrobora com a realidade vigente de incerteza da existência de fluxos e protocolos de atendimento nas maternidades de Salvador - Ba confeccionados com essa mesma finalidade.

Palavras-chave: Luto. Morte fetal. Morte Perinatal. Saúde da Mulher. Acolhimento.

ABSTRACT

Perinatal loss - losses that occur throughout pregnancy until the newborn's first month of life - commonly triggers perinatal grief, a natural process, however complications in this process associated with the lack of psychological assistance to the woman facing this loss can culminate in complicated grief. The high number of perinatal deaths currently in force in Brazil, associated with the uncertainty of the existence of flows and reception protocol for these women in maternity hospitals in Salvador - Ba, are important barriers to ensuring the integrity of the mental health of these individuals, so it is necessary knowing which behaviors and care are offered in this moment of fragility. The main objective of this study is to identify the presence of flows and protocols of assistance to women's health, related to humanization, in a situation of perinatal loss in the Health Network of Salvador - Ba. This is a qualitative documentary study at an exploratory level, in which official electronic documents were analyzed that addressed humanization care for women in a situation of perinatal loss. Seven documents were part of this study. Only one of the selected documents presented such flows and/or reception protocols. Qualified listening was the most reported behavior among the documents that referred to care for these women. This study highlights the lack of Brazilian public policies and programs specifically aimed at the humanized care of women in a situation of perinatal loss and corroborates the current reality of uncertainty about the existence of care flows and protocols in maternity hospitals in Salvador - Ba made for the same purpose.

Keywords: Grief. Fetal Death. Perinatal Death. Women's Health. User Embrace.

INTRODUÇÃO

A perda perinatal refere-se às perdas que ocorrem durante toda a gestação até o primeiro mês de vida do recém-nascido¹. E com a perda instaura-se a premência do luto. Segundo Freud², o luto é um fenômeno mental natural, lento e doloroso, que se caracteriza por sentimento de tristeza profunda, afastamento de atividades que não estejam vinculadas à pensamentos sobre o objeto perdido, perda de interesse no mundo externo e incapacidade de substituir a perda com um novo objeto de amor. O luto se dá a partir da elaboração da vivência da perda, que requer um trabalho psíquico, sendo uma resposta esperada e, inclusive, necessária, constituindo um processo individual, influenciado por aspectos sociais, culturais e emocionais³.

O luto perinatal é considerado, assim, um processo natural, não patológico, contudo, complicações nesse processo podem ocorrer principalmente em casos de mortes não esperadas, violentas, ou quando não há a oferta de suporte emocional à mulher, configurando o “luto complicado”^{4,5}.

Mulheres em situação de luto perinatal podem vivenciar sentimento de vazio, culpa, preocupação em relação a uma nova gravidez, raiva, não aceitação da perda e apatia. Muitas desenvolvem transtornos psiquiátricos até cerca de um ano após a perda, como depressão, estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade e distúrbios do sono que interferem

em suas atividades diárias e qualidade de vida, bem como no planejamento de gravidezes futuras e relacionamento com próximos filhos^{1,4}.

Nesse sentido, é papel inerente dos profissionais de saúde que estão inseridos nesse contexto comuns às maternidades, oferecer a essas mulheres um cuidado diferenciado, humanizado, holístico e integral, ofertando desde meios de diagnóstico até apoio em momentos difíceis de tomada de decisão, entendendo que a sua assistência não termina com o óbito neonatal em questão^{1,5}.

Lidar com toda essa carga emocional que envolve uma perda, ainda mais no contexto da maternidade, pode constituir um desafio para a equipe de saúde¹. Essa realidade, no Brasil, no que diz respeito, principalmente, ao Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser agravada pelos altos números de óbitos perinatais vigentes e pela incerteza da contemplação de um fluxo de assistência humanizada à saúde da mulher em situação de perda perinatal nos protocolos de humanização instituídos nessas maternidades⁶.

Considerando-se a mortalidade perinatal a somatória de óbitos fetais e neonatais precoces em um determinado ano, no Brasil, apenas no ano de 2019, houve 47507 óbitos perinatais, sendo Salvador a capital brasileira com o terceiro maior índice de óbitos perinatais – 668 – nesse mesmo ano⁷. Frente a esses altos números, a existência de uma padronização de ações direcionadas ao manejo assistencial da mulher em luto perinatal, torna-se de fundamental importância para guiar enfermeiros, médicos, psicólogos e técnicos a uma abordagem mais assertiva e holística dessas mulheres que tendem a estar mais suscetíveis a distúrbios psicológicos^{3,6}.

No entanto, na literatura mundial e, principalmente, brasileira, há uma carência de estudos científicos que abordem e descrevam um eficiente fluxo de assistência humanizada às mulheres após uma perda perinatal que visem guiar o profissional da saúde através da melhor abordagem ao luto⁶. Esse déficit reflete na dificuldade de preconizar protocolos e manuais de acolhimento nas próprias maternidades, o que dificulta a assistência oferecida as mulheres que enfrentem o processo de perda⁴.

Considera-se relevante a necessidade do debate sobre o alto número de óbitos perinatais, e para cada óbito, uma mulher em perda de um filho, e, provável, sofrimento psíquico e luto, pelo desfecho negativo, acrescido pela forma e manejo no seu atendimento. Assim sendo, esta pesquisa propôs-se identificar e conhecer qualitativamente a existência de documentos internos que regulamente o fluxo assistencial em acolhimento no cuidado a essas mulheres, e caracterizar quais procedimentos e condutas são ofertados nas maternidades de Salvador - Ba.

Desse modo, justifica-se esse estudo pela importância na elaboração de guias e fluxos específicos de acolhimento, que venha a contribuir e promover meios para uma melhor qualificação e humanização na rede de assistência à saúde da mulher, validando sua dor, auxiliando no processo de superação e elaboração do luto perinatal e suas consequências como um todo, no contexto da sua saúde mental, auxiliado ao retorno as suas atividades habituais com menos complicações emocionais. Objetiva-se nesse estudo, identificar a presença de fluxos e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perda perinatal na Rede de Saúde de Salvador – Ba.

REVISÃO DE LITERATURA

Mortalidade Perinatal, Infantil e Neonatal

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde⁸, o período perinatal começa em 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias completos de nascimento (0 a 6 dias de vida). Assim, a mortalidade perinatal diria respeito tanto à mortalidade fetal – óbitos ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou de fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm –, quanto à mortalidade neonatal precoce.

O coeficiente de mortalidade perinatal – número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, em uma determinada população, espaço geográfico e em determinado ano – reflete questões interligadas à gestação e ao parto, como o peso ao nascimento, condições de acesso ao serviço de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido^{7,8}. Nesse sentido, tem sido estabelecido como o melhor indicador para verificar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal nos serviços de saúde, sendo fundamental para a construção de ações voltadas para a redução das mortes fetal e neonatal precoce evitáveis⁸.

Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade infantil abrange todos os óbitos de nascidos vivos residentes menores de 1 ano de idade (0 até 364 dias de vida). O seu coeficiente é determinado pelo número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos em determinada população, área geográfica e ano. Ao estimar o risco de morte dos nascidos vivos no seu primeiro ano de vida, reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e a qualidade do acesso à atenção de saúde materna e da população infantil⁸. A mortalidade infantil pode ser subclassificada em mortalidade neonatal precoce, tardia e pós-neonatal.

A mortalidade neonatal precoce, corresponde aos óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos; a tardia, aos óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos; e a pós-neonatal, aos óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos. Os seus coeficientes – obtidos a partir do número de óbitos de crianças em suas respectivas faixas etária, por mil nascidos vivos em determinada população residente, espaço geográfico e ano – podem refletir a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e recém-nascidos e do acesso à saúde materno-infantil⁸.

Segundo o relatório de estatísticas mundiais da OMS de 2018⁹, o número de óbitos entre os recém-nascidos, no mundo, caiu de 31 para 18 a cada mil nascimentos entre 2000 e esse mesmo ano. Entretanto, as taxas de mortalidade neonatal ainda se encontram altas em muitos países, ocorrendo em 2016 2,6 milhões de óbitos nesta faixa etária, dos quais, a maioria, foram na primeira semana de nascimento. Apesar da mortalidade infantil, considerada como óbitos entre crianças abaixo de 5 anos de idade, nesse mesmo período, os respectivos óbitos caíram quase pela metade na média mundial – de 76 para 39 mortes a cada 1000 nascidos vivos. Neste mesmo relatório, as principais causas de óbitos neonatais no mundo são citadas, correspondendo juntas à $\frac{3}{4}$ de todos os óbitos neonatais, sendo elas prematuridade, eventos relacionados ao parto – como asfixia e trauma ao nascimento – e sepse neonatal.

Após não alcançar os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” definidos no ano 2000 para o ano de 2015, a OMS redefiniu como meta até 2030 zerar esses indicadores de mortalidade neonatal e infantil, determinando como objetivo mínimo para os países do grupo, o índice de até 12 mortes de recém-nascidos para cada mil nascimentos e 25 mortes a cada 1000 crianças abaixo de 5 anos. Ainda, aponta que, o **menor índice apresentado foi de uma morte a cada mil nascimentos**, em países como Andorra, Bielorrússia, Chipre, Estônia e Finlândia. As maiores taxas apareceram no Paquistão (42 mortes a cada mil nascimentos), República Centro-Africana (41 a cada mil) e Sudão do Sul (40 a cada mil)⁹.

No Brasil, segundo o mesmo relatório da OMS de 2016, ocorreram 8 mortes a cada mil nascimentos⁹. Nas últimas sete décadas, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) teve um importante declínio no país passando de 146,6 óbitos a cada mil nascidos vivos, em 1940, para 12,8 em 2017¹⁰. Apesar desta expressiva queda, este índice nacional ainda se encontra alto quando levado em conta o atual nível de desenvolvimento econômico brasileiro: somente em 2019, ocorreram 35293 óbitos infantis, sendo desses 11.035 na região nordeste, 2970 na Bahia e 514 em Salvador⁷. Dentre as causas evitáveis de mortalidade infantil no Brasil, destacam-se: as reduzíveis pelas ações de imunização, pela atenção à mulher na gestação, pela adequada atenção

à mulher no parto, pela adequada atenção ao recém-nascido, pelas ações de diagnóstico e tratamento adequado e pelas ações de promoção à saúde e vinculadas às ações de atenção⁷.

Com relação aos óbitos fetais, no Brasil, no ano de 2019, ocorreram um total de 29105 óbitos, sendo as regiões Nordeste e Sudeste as com maiores índices, sendo 9520 e 10820 óbitos, respectivamente. No Estado da Bahia, 2644 óbitos correspondentes foram registrados nesse mesmo ano e, em Salvador, 375 óbitos⁷. As causas dos óbitos fetais são consideradas mal definidas⁸, mas estão diretamente relacionadas com o período que ocorre o óbito em si: antes do início do trabalho de parto (anteparto) ou durante o parto (intraparto). No anteparto, os óbitos se devem comumente às complicações e patologias da mãe ou do feto, sendo sífilis, as anomalias congênitas, hipertensão materna e descolamento prematuro de placenta as principais causas. Já no óbito intraparto, os principais causadores são asfixia durante o trabalho de parto e descolamento prematuro de placenta¹¹. Ademais, tais causas podem estar relacionadas aos grupos de maior vulnerabilidade, como faixa-etária materna precoce ou tardia, grau de escolaridade e nível socioeconômico materno baixos⁷⁻⁹.

No Brasil, em 2019, os óbitos perinatais – que englobam os fetais e neonatais precoces –, alcançaram a marca de 47507. Desses, 4372 ocorreram no Estado da Bahia, sendo Salvador, a capital brasileira com o terceiro maior índice de óbitos perinatais – 668 – nesse mesmo ano. As causas evitáveis do óbito perinatal são as mesmas que se enquadram para a mortalidade infantil⁷.

Políticas Públicas Brasileiras Voltadas à Saúde da Mulher

Na década de 80, através da abertura política no Brasil e da contribuição do movimento feminista brasileiro, fomentou-se o debate acerca de questões até então não valorizadas, relativas à desigualdade nas condições de vida e de gênero, bem como à sexualidade e reprodução e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras¹².

Assim, em 1984 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como princípios a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, sendo fortemente influenciado pelos conceitos que embasariam o Sistema Único de Saúde (SUS) construído em 1988.¹² Em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tinha como meta garantir a humanização e integralização da assistência obstétrica qualificada em estados e municípios brasileiros¹³.

A partir da elaboração do PAISM, o programa sofreu novas especificações e, em 2001, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), o MS amplia as responsabilidades municipais da Atenção Básica¹². Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher percebe a necessidade de articulação com outras áreas e de novas ações para determinados grupos, como mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente¹².

No ano de 2004, o MS, baseando-se em dados epidemiológicos e em reivindicações de diversos segmentos sociais, apresenta os princípios e diretrizes voltados para a humanização e acolhimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹². Já em 2005, implementou também a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando a organização e regulação do sistema de atenção à gestação e ao parto¹⁴ e, nesse mesmo ano, foi decretada a lei Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, que autoriza a presença de um acompanhante na sala de parto¹⁵.

Em parceria com outras áreas e departamentos, bem como com diversos setores sociais, como movimento negro e o de trabalhadoras rurais, o MS elabora em 2011, a 2ª reimpressão da PNAISM, que traz incrementos para garantir o acesso das mulheres à promoção e prevenção em saúde, a redução da morbidade e mortalidade feminina e consolidação do atendimento humanizado e integral à saúde da mulher no SUS¹².

Ainda neste ano, um modelo de atenção ao parto e nascimento, que vem sendo discutido no Brasil desde a década de 90, é então institucionalizado: a Rede Cegonha. Essa estratégia do Ministério da Saúde, que prioriza o acolhimento e a vinculação da mulher à sua unidade de referência para o parto, visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado no que tange desde a assistência familiar, o pré-natal, parto e puerpério, até os dois primeiros anos da criança^{16,17}.

Luto Perinatal

Segundo Freud², o luto é um fenômeno mental natural e constante do desenvolvimento humano, não sendo considerado doença, constituindo um estado de reação à perda importante para a sua elaboração. Para o autor, é um processo lento e doloroso, que se caracteriza por sentimento de tristeza profunda, afastamento de atividades que não estejam vinculadas à pensamentos sobre o objeto perdido, perda de interesse no mundo externo e incapacidade de substituir a perda com um novo objeto de amor. Ainda, para ele, é um processo influenciado

por vivências pessoais que se dão por todo desenvolvimento humano, revivido como símbolo mnêmicos de situações traumáticas semelhantes do passado¹⁸.

Na literatura mundial, luto perinatal é definido como um processo pessoal e não patológico enfrentado pelos pais após a perda de um feto de forma involuntária entre 22 semanas de gestação (ou com 500g, ou mais de 25 cm) e 7 dias de vida após nascimento^{1,3}.

Os eventos que englobam a perda perinatal são natimortalidade, interrupção da gravidez devido à indicações médicas, óbito fetal e o óbito neonatal^{4,19,20}.

Independente do período em que essa perda ocorra, ela é reconhecida como uma experiência emocional complexa e potencialmente traumática para a mulher que a vivencia¹⁹, sendo um dos tipos de perdas que leva com maior frequência ao luto complicado²⁰, estágio do luto caracterizado por sintomas mais intensos e duradouros, afetando mais gravemente o bem-estar físico e psicológico da mulher⁴. Normalmente, o luto após uma perda perinatal estende-se por um período de seis meses a um ou dois anos, podendo, em 20% dos casos, ultrapassar esse tempo^{4,19,20}.

Dentre as reações à perda, têm-se prejuízo das funções diárias, afastamento social, sentimento de raiva, choque, descrença, negação, ansiedade, estresse pós traumático, distúrbios do sono e depressão, podendo haver outros impactos negativos a longo prazo, como na gestação subsequente ou no relacionamento entre parceiros^{3,20,21}. É importante frizar que mulheres que vivenciam o luto perinatal possuem probabilidade 4 vezes maior de um rastreamento positivo para depressão do que mulheres com nascidos vivos²¹.

No livro “Como Lidar: Luto Perinatal”⁶, a autora diferencia 4 estágios do luto: fase do choque/torpor, que tem duração de horas a semanas; fase da saudade e da busca da figura perdida, que pode perdurar de meses a anos; fase da desorganização e desespero; e a fase da organização, que corresponde a uma aceitação da perda.

O luto perinatal é influenciado por aspectos sociais, emocionais, culturais e econômicos inerentes ao contexto de cada mulher, sendo assim um processo individual⁴. Entretanto, há certas particularidades relacionadas a perda neonatal que tornam o luto nesse momento ainda mais delicado. Primeiramente, a gravidez está relacionada ao surgimento de uma nova vida e um óbito nesse momento é um evento completamente inesperado, não havendo preparação prévia dos pais para tal mudança de concepção vida-morte^{4,6,20}. Ainda, em alguns casos, os pais são privados de registrar o natimorto como filho, ou de realizar rituais de despedida – o que se constitui o “luto privado de direitos”³ –, que são muito importantes tanto para eles, no que diz respeito ao fechamento de um ciclo, quanto para outros familiares, para que possam entender

melhor a dimensão da perda sofrida e, assim, reconhecer e legitimar o processo de luto, oferecendo apoio e suporte emocional, principalmente para essa mulher^{4,19-22}.

Ademais, a perda perinatal muitas vezes está associada à culpa e ao sentimento de falha por parte da mulher, sendo a interrupção da gestação por anomalias fetais a principal causa desses sentimentos²⁰. Por fim, como evidenciado por uma revisão sistemática⁴, experiências pessoais específicas da mãe podem culminar na intensificação do luto.

Segundo o estudo, o maior grau de vínculo criado entre a mulher e o bebê antes da perda, como escolha do nome, compra de enxoval, montagem do quarto, entre outros aspectos, podem ser determinantes negativos nesse processo, bem como o fato da mulher não possuir outros filhos previamente.

Acolhimento em Saúde no Parto e Puerpério

O acolhimento em saúde pode ser definido como o ato de perceber e reconhecer o que o usuário traz como sua necessidade naquele momento, visando a construção de vínculo entre este indivíduo e a rede socioafetiva que o assiste, ou seja, de uma relação baseada em transversalidade, ética, solidariedade, confiança e compromisso^{23,24}. Dessa forma, para se efetivar o acolhimento, faz-se necessário que, além da criação de vínculo, haja qualificação da escuta dos relatos trazidos pelos usuários, garantia de acesso ao serviço de saúde e resolutividade nos serviços^{24,25}.

O parto é um acontecimento singular, com significados que ganham molde da cultura e da própria vivência de cada parturiente²⁶. Já o puerpério é um período de intensa descoberta e transformação, que pode envolver certos agravos em saúde, sendo muitos deles causas determinantes de morbimortalidade materna²⁵. Nesse sentido, visando consolidar seguramente a saúde da mulher, não somente como gestante e mãe, mas, enfaticamente, como um ser com demandas físicas e emocionais próprias e diversas, o acolhimento em saúde nesses momentos é imprescindível. Logo, deve haver, por parte do profissional de saúde, competência técnica e postura ética para que sejam determinadas as melhores condutas disponíveis para cada caso em particular²⁵.

De acordo com uma revisão sistemática²⁵, no que diz respeito ao serviço de saúde no período puerperal na Atenção Básica (AB), muitas mulheres queixaram-se da carente contemplação às suas necessidades, principalmente emocionais, passando a criança a ser o foco quase exclusivo daqueles profissionais que exerciam o cuidado. No cenário atual da saúde

brasileira, apesar das orientações do documento “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”, desenvolvido em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que objetiva estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada e humanizada²⁷, bem como da criação da Rede Cegonha e do PHPN, que exploram a questão do acolhimento durante o pré-natal e o puerpério nos seus programas, ainda existem obstáculos para uma abordagem adequada.

Acolhimento em Saúde no Luto Perinatal

No que tange o luto perinatal, considerando todos seus aspectos emocionais e as possíveis desordens psiquiátricas por ele desencadeadas, inclusive o luto complicado, a assistência humanizada urge como um fator muito importante para minimizar tais impactos negativos que esse processo pode trazer à saúde da mulher. Nesse sentido, é fundamental a oferta de apoio psicológico específico por parte da equipe de saúde imediatamente após a perda perinatal e que ele se perdone, rotineiramente, após a alta hospitalar⁴.

Entretanto, lidar com a morte e falar sobre ela costuma ser extremamente difícil para muitos profissionais da saúde, especialmente no que diz respeito à morte neonatal⁶. Muitos profissionais não recebem a formação adequada para agir além do que as “engessantes” normas técnicas preconizam^{19,22}. Ouvir a paciente, permitindo que ela exteriorize suas emoções, sem confrontar ou julgar o que é dito pode se tornar uma das principais formas de amenizar a dor do sofrimento da perda, além de reduzir a ansiedade e o estresse nesse momento^{3,19,28}.

Além da escuta, a forma como é transmitida as informações e notícias nesse momento é de extrema importância para a saúde da mental da mulher que enfrente tal perda^{6,22,29}. Salgado et al.⁶, frisa em sua obra a necessidade de se utilizar frases como “Sinto muito, mas não tenho uma boa notícia”, de se aguardar a reação da mulher antes de informar questões técnicas e de buscar saber o quanto ela está pronta e quer ter conhecimento da situação. Já Almeida et al.²², traz conclusões de enfermeiras a respeito da importância do toque para mostrar empatia e de se evitar feições de pena ou susto no momento do diagnóstico do óbito perinatal ou da transmissão da má notícia.

Ademais, nesse momento de fragilidade e, muitas vezes de negação, há uma série de situações que requerem tomadas de decisões por parte dos pais e muitas escolhas incorretas podem ocasionar arrependimento e dificultar o processo de luto^{3,20}. É importante frisar que, as escolhas de cada mulher e de sua família irão sofrer influência de sua cultura e experiências

personais e devem ser sempre respeitadas, entretanto o profissional de saúde deve sempre elucidar e explicar os riscos e benefícios de cada opção^{3,6}.

Em situações de perdas intrauterinas, uma escolha muito comum a ser feita, que irá depender da condição de saúde física e emocional da mulher, bem como do período gestacional que ocorreu essa perda, é entre a realização da conduta expectante ou do manejo ativo⁶. Esse momento é um ótimo exemplo de como o profissional de saúde deve participar da escolha da gestante, instruindo-a e realizando o acolhimento para que, nessa situação de fragilidade emocional, ela consiga tomar a melhor decisão^{6,29}.

Um estudo qualitativo realizado em 2019 em dois hospitais espanhóis³, que apresenta diversos relatos de pais e mães que sofreram uma perda perinatal, enfatiza também a importância de a equipe de saúde encorajar e incentivar os pais a realizarem certas práticas que podem ajudar a amenizar o sofrimento, como a de ver e se despedir do bebê, guardar lembranças como fotos, pegadas ou roupas, desde que essa seja a vontade desses familiares. Ainda, com o mesmo intuito, frisa a importância da alocação cuidadosa da mulher em áreas da maternidade onde não haja contato com outros pais com bebês nascidos, bem como a necessidade de evitar expressões e linguagem clínico-administrativa (ex.: feto), uma vez que ocasionam maior angústia. Outros estudos destacam que visualizar o feto após a interrupção de uma gestação pode ser muito traumático para algumas mulheres, entretanto, para outras, realmente pode ajudar na compreensão de que a decisão tomada foi a certa⁴.

Protocolos e Fluxo de Acolhimento

Para se alcançar a melhor resolução das diversas questões que procedem a perda, a equipe de saúde necessita estar hábil para intervir nesses momentos e prestar uma assistência rica em respeito e dignidade a essas famílias, ato essencial para amenizar o processo do luto^{3,5,6}. No entanto, apesar da literatura científica reconhecer a necessidade da atenção e do cuidado voltado a essas mulheres, o suporte psicológico muitas vezes não é oferecido e manuais de intervenção que visem auxiliar na tomada de decisão e guiar o profissional de saúde acerca dos métodos a serem seguidos, são raramente aplicados nesse contexto^{4,19}. Segundo as autoras do livro “Como Lidar: Luto Perinatal”⁶, há poucas publicações na literatura brasileira que abordem o respectivo tema, bem como poucos relatos no mundo de protocolos de assistência às mulheres enlutadas após uma perda gestacional e/ou no período neonatal precoce.

Tal déficit evidenciado pode ser consequência da carência e não comprovação de eficácia das intervenções realizadas em estudos randomizados destinados à prevenção do luto perinatal^{3,4,20}. Todavia, alguns estudos demonstraram que tais intervenções são eficazes quando voltadas aos grupos de alto risco ou àqueles que já apresentam o luto complicado^{4,19}. Grandes fontes obstétricas, como “Zugaib Obstetrícia”³⁰, “Rezende: Obstetrícia Fundamental”¹¹ e “Tratado de Obstetrícia Febrasgo”³¹, ratificam esse cenário ao abordarem apenas brevemente em seus textos sobre a perda perinatal e a necessidade do acolhimento por parte dos profissionais de saúde a essas mulheres e não apresentarem instruções ou métodos que explorem as condutas adequadas a serem administradas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental descritivo de abordagem qualitativa exploratória que foi realizado a partir de documentos de registros institucionais publicizados de autoria oficial e acesso público aberto em documentação eletrônica.

Esse recurso metodológico foi escolhido por permitir a compreensão das descrições presentes nos documentos investigados e, assim, uma reflexão sobre os critérios de humanização que estejam bem circunscritos no texto e explícitos através de uma comunicação bem estabelecida.

A pesquisa foi desenvolvida nos sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, das Secretarias de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e Municipal de Salvador e de Hospitais e maternidades de Salvador - Ba que disponibilizavam a documentação eletrônica de seus registros para o acesso público aberto. Partiu-se do princípio de que tais documentos investigados podem ser utilizados como guia para instruir os profissionais da cidade de Salvador – Ba acerca do cuidado ofertado às mulheres em situação de perda perinatal. O período de realização do referido estudo se deu entre maio de 2021 e abril de 2022.

Foram incluídos nessa pesquisa documentos oficiais relativos às políticas de humanização em saúde, bem como normas técnicas, manuais, orientações de serviço, fluxos e protocolos internos e de cunho público que foram levantados dos sites supracitados já referidos.

Tais documentos devem ter sido publicados após a implementação da PNH – Política Nacional de Humanização (2003)²³ e deveriam abordar em pelo menos um de seus capítulos e/ou subcapítulos sobre os cuidados assistenciais de humanização às mulheres em situação de perda durante a gestação e nos primeiros 28 dias de vida do recém-nascido. Dentre esses documentos somente foram incluídos aqueles considerados autênticos (genuínos e de origem

inquestionável), documentos primários representativos ao tema e com conteúdo claro e compreensível.

Após uma busca exaustiva, foram excluídos dessa pesquisa documentos que não abordavam nenhuma consideração acerca dos cuidados com saúde mental na gestação e puerpério e edições mais antigas de documentos repetidos, obtidos em mais de um site. A análise documental foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo, segundo Minayo³², sendo dividida em 3 fases: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial, a serem realizadas nessa ordem.

Na primeira fase – pré-análise –, foi construído o corpus de análise, a formulação dos objetivos do estudo e indicadores para a interpretação dos resultados, bem como a realização de leitura flutuante, atentando-se aos critérios de exaustividade (esgotar a totalidade do texto), representatividade (representar de forma fidedigna o universo estudado), homogeneidade (os documentos devem representar o universo estudado) e pertinência (documentos devem ter conteúdos adequados aos objetivos do trabalho)^{32,33}. Em outras palavras, cada documento selecionado nesse momento, a partir dos critérios de inclusão e exclusão já descritos, foi lido exaustivamente e interpretado cuidadosamente de forma a compreender o seu conteúdo.

Em seguida, na descrição analítica, foi realizada a exploração do material coletado. Inicialmente, foram extraídos elementos informativos de cada texto pertinentes às questões de interesse desse trabalho. Assim, foram coletadas as informações factuais que caracterizavam a existência de fluxo e/ou protocolo interno de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perdas perinatais na Rede de Saúde de Salvador – Ba, bem como as que explicitavam os procedimentos ofertados pela equipe de saúde a essas mulheres nos hospitais e maternidades de Salvador – BA.

Dando continuidade a essa etapa, foi realizada a categorização a posteriori, com suas respectivas unidades de registro (URs), para a análise temática e de modalidades de decodificação para o registro de dados³³. Inicialmente, foram confeccionadas fichas com o objetivo de identificar e registrar os documentos consultados, bem como organizar ideias e observações importantes. Em seguida, os elementos que melhor indicavam o conteúdo dos documentos selecionados foram destacados e organizados sistematicamente de acordo com a presença desses indicadores e, assim, tais modalidades de decodificação foram apresentadas em um quadro.

Por fim, foi realizada a terceira fase da análise documental, referente ao tratamento dos dados, a interpretação inferencial. Nessa etapa, os dados coletados e organizados foram

destacados em quadros para a realização da análise reflexiva e crítica propriamente dita, momento em que buscou-se estabelecer relações dos textos com a realidade de acordo com os objetivos deste estudo.

Quadro 1 - Sinóptico das Informações Extraídas dos Documentos

Especificações	Site fonte	Tema central	Apresenta Fluxo ou Protocolo de Acolhimento Relacionados à Perda Perinatal	Público-alvo	Objetivo
Cartas de Serviço ao Usuário – Cap. “Programa Atenas”	SITE IV	Serviços Ofertados aos Usuários	NÃO	Usuários da maternidade	Apresentar e esclarecer os serviços oferecidos pela maternidade ao usuário
Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres no Estado da Bahia – Subcapítulo 5.3	SESAB	Diretrizes a serem abordadas nas ações de atenção à saúde da mulher no estado da Bahia	NÃO	Gestores Públicos e população baiana	Garantir a atenção integral e qualificada às mulheres no estado da Bahia
Atenção Humanizada ao Abortamento – Norma Técnica: Capítulo 03	Ministério da Saúde	Atenção Humanizada ao abortamento no Brasil	NÃO	Profissionais e gestores de saúde	Ser um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção ao abortamento
Gestação de Alto Risco - Manual Técnico 5ª edição (Capítulo “Óbito Fetal”)	Ministério da Saúde	Atenção ao parto de alto risco e nascimento	SIM	Profissionais e gestores de saúde	Apoiar os profissionais responsáveis pelo cuidado na qualificação da atenção à gestante de alto risco
Manual Prático Para Implementação Da Rede Cegonha (Pag. 34)	SESAB	Rede Cegonha	NÃO	Gestores de Saúde	Orientar e subsidiar os gestores e os trabalhadores na implementação da Rede Cegonha.
Protocolo De Atenção Básica – Saúde Das Mulheres (2016)	Ministério da Saúde	Saúde Reprodutiva da Mulher	NÃO	Profissionais de saúde da Atenção Básica	Servir de subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado
Especificações	Site fonte	Tema central	Apresenta Fluxo ou Protocolo de Acolhimento Relacionados à Perda Perinatal	Público-alvo	Objetivo

Cartilha - Gravidez Saudável e Parto Seguro são Direitos da Mulher (CAP. “Outros Direitos”)	SESAB	Direitos da mulher na gestação e parto	NÃO	Gestantes	Permitir que a gestante se empodere com relação aos seus direitos na gestação, possa viver tal fase da forma mais saudável e plena.
---	-------	--	-----	-----------	---

RESULTADOS

Como mencionado na metodologia, os documentos foram selecionados a partir dos sites do Ministério da Saúde (Site I), SESAB (Site II), Secretaria de Saúde Municipal de Salvador (Site III) e de 13 maternidades de Salvador – Ba. Das 13 maternidades, cinco (5) foram maternidades privadas e oito (8) públicas, sendo uma (1) federal e sete (7) estaduais. Apenas do site da maternidade federal (SITE IV) foram selecionados documentos que atenderam aos critérios de inclusão dessa pesquisa.

No total, 15 documentos foram reunidos a partir dos sites supracitados. Desses 15 documentos, 06 foram excluídos por não abordarem cuidados com saúde mental na gestação e puerpério e 02 por serem versões mais antigas de documentos coletados. Assim, 07 documentos atenderam aos critérios de inclusão e fizeram parte desse estudo.

Apenas um dos documentos selecionados foi obtido a partir do SITE IV e nenhum a partir do Site III. O Quadro 1 apresenta a distribuição de documentos de acordo com os sites fontes, sequenciados em numeração romana.

Quadro 2 – Número de Documentos Retirados dos Sites I, II, III e IV

Sites	Nº de documentos
SITE I	03
SITE II	03
SITE III	00
SITE IV	01

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 3 – Distribuição dos Tipos de Documentos de Acordo com o Site Fonte

Sites	Cartilha	Carta de Serviço	Manual	Norma técnica	Política Pública	Protocolo
SITE I						
SITE II						

SITE III						
SITE IV						

Fonte: Elaborado pelo autor

Com relação aos tipos de documentos, foram coletados uma carta de serviço, uma cartilha, dois manuais, uma norma técnica, uma política pública e um protocolo. O Quadro 2 apresenta os tipos de documento retirado de cada site.

Dos 07 documentos selecionados, apenas 01 apresentava fluxo e/ou protocolo de acolhimento direcionado às mulheres em situação de perda perinatal.

Após aplicação das técnicas de análise mencionadas, os documentos foram categorizados de acordo com os assuntos que mais se destacavam e se repetiam. Dessa forma, emergiram 4 categorias: 1. *Escuta Qualificada*, 2. *Respeito à Autonomia da Gestante*, 3. *Roteiro de Conversa - Transmissão da Má Notícia* e 4. *Sentimentos da Mulher Frente à Perda*.

Para melhor visualização das categorias e respectivas Unidades de Registro (URs) foi confeccionada o Quadro 3.

Quadro 4 – Categorias e Respectivas URs

Categorias	Unidades de Registro (URs)
1	Humanização do serviço de saúde; Construção de narrativas próprias; Formação de vínculo e confiança entre profissional de saúde e a mulher; conforto e amparo proporcionados.
2	Escolha entre conduta ativa ou expectante; ver ou não o bebê; realização de necrópsia; decisão compartilhada.
3	Formas adequadas de comunicação - linguagem verbal e não verbal; temas que podem ser abordados; ambiência adequada; ética profissional; empatia; veracidade das informações.
4	Sentimentos mais comuns frente à perda

Fonte: Elaborado pelo autor

Na categoria 1. *Escuta Qualificada*:

04 documentos abordaram o tema, sendo uma carta de serviço ao usuário, uma norma técnica, um protocolo e um manual. O protocolo relaciona a escuta qualificada à humanização do atendimento nos serviços de urgência/emergência obstétrica e a carta de serviço ao usuário à construção de narrativas próprias sobre perdas de até 12 semanas de gestação. Já a norma técnica, destaca a importância da escuta para estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher. Por sua vez, o manual faz referência à escuta qualificada através da atitude de “confortar” e “amparar” tanto os pais, quanto toda a família.

Na categoria 2. *Respeito à Autonomia da Gestante*:

03 documentos abordaram o tema, sendo uma norma técnica, uma carta de serviço e um manual técnico. O manual aborda a importância de respeitar a escolha da mulher frente a possibilidade da conduta ativa e expectante, bem como sobre decisões como de ver o não o bebê após a conduta e realização de exames pós morte, como necrópsia. A norma técnica, enfatiza a necessidade de a decisão da mulher ser “livre”, “consciente” e “informada”, contando com a participação do profissional de saúde, sendo, assim, uma “decisão compartilhada”. Já a carta, tangencia o tema, citando a abordagem de um de seus serviços prestados às gestantes em situação de perda.

Na categoria 3. *Roteiro de Conversa - Transmissão da Má Notícia*:

Sobre essa categoria, 02 documentos – uma norma técnica e um manual – exploram formas adequadas de comunicação com a gestante – verbais e não verbais – frente as suas demandas emocionais, citando assuntos, estratégias, frases, palavras e até gestos específicos para serem utilizados. Segundo os documentos, os principais temas a serem explorados são: “desejo de ser mãe”, “relacionamento com o parceiro”, e “apoio/suporte emocional”. Ainda, esses documentos abordam a correta maneira de transmitir a má notícia, frisando a necessidade de uma ambiência adequada, cuidado com os termos utilizados, a postura ética do profissional de saúde, demonstração de afeto por parte dele e veracidade das informações transmitidas.

Na categoria 4. *Sentimentos da Mulher Frente à Perda*:

Abordaram diretamente o tema, 02 documentos, sendo uma norma técnica e um manual técnico. Os principais sentimentos relatados foram: “raiva”, “insuficiência”, “impotência”, “culpa”, “autocensura”, “pesar”, “ansiedade”, “solidão” e “angústia”.

DISCUSSÃO

As categorias supracitadas, definidas a partir dos temas que mais se destacavam e se repetiam nos documentos selecionados, correspondem à temas comumente abordados na literatura sobre o assunto da perda perinatal. A seguir, discute-se sobre as categorizações separadamente e os seus achados.

Categoria 1. Escuta Qualificada:

O tema “escuta qualificada”, primeira categoria deste estudo, foi o mais abordado nos documentos selecionados. Esse achado pode ser atribuído ao fato dessa conduta, a escuta ativa, ser uma das bases para todo acolhimento humanizado, como destacado pelo MS através da Política Nacional de Humanização²³. Ao acessar o serviço de saúde, a primeira coisa que um paciente deseja, independente da sua queixa, é ter as suas dores – sejam elas físicas ou emocionais – legitimadas. Para que isso se concretize, é peremptório que o paciente possa falar abertamente e, quem o atende, o ouça verdadeiramente, visando estabelecer uma relação de vínculo, com confiança e compromisso.

Ainda, os documentos analisados enfatizam que, para realizar um acolhimento adequado dessas mulheres em situação de perda perinatal, tão importante quanto ouvir é a forma como os profissionais de saúde exercem a escuta: eles devem evitar julgamentos, não devem conter e/ou rebater o que é dito pela mulher, principalmente em um momento de emoção. Esses aspectos são ratificados por autores como Corrêa et al.²⁵, Santos et al.²⁸ e Salgado et al.⁶, que enfatizam a importância da mulher “desabafar” sem ser repreendida na elaboração da perda e amenização de sentimentos como raiva, tristeza, descrença e negação.

Categoria 2. Respeito à autonomia da Gestante:

O “Respeito à autonomia da Gestante” é um tema bem consolidado quando fazemos referência ao luto perinatal. Os documentos analisados explanam a importância de se respeitar as escolhas da mulher, uma vez que são decisões individuais, compondo um momento extremamente difícil. Camacho-Ávila et al.³ corrobora com esses achados ao enfatizar que as escolhas de cada mulher após a perda refletem suas próprias crenças e vivências, devendo ser valorizadas e respeitadas.

As principais escolhas destacadas a partir dos documentos foram: “realização da conduta ativa x expectante”, “ver ou não o bebê após a conduta” e “realização de necropsia”. Na literatura, Camacho-Ávila et al.³ traz como decisões importantes da mulher a serem respeitadas, “ver o bebê”, “se despedir do bebê”, “guardar memórias, como fotos, pegadas ou roupas”, entre outras. Já, Salgado et al.⁶, no capítulo “Como lidar com a perda uterina”, frisa a respeito da decisão entre a conduta ativa e a expectante após o diagnóstico do óbito fetal, ratificando também a necessidade de fazer valer a escolha da mulher.

Ademais, outro achado desse estudo, faz referência à “decisão compartilhada” entre o profissional de saúde e a mulher que enfrenta a perda, ainda que essa escolha seja, no final, por parte da gestante. Fazendo referência à obra de Salgado et al.⁶ supracitada, a autora corrobora com esse ponto ao apresentar as condutas ideais que devem ser realizadas pelos profissionais e pela mulher em cada situação de seguimento do óbito fetal, explanando a importância nesse momento, do posicionamento médico, que deve destacar os riscos e benefícios de cada situação através de seus conhecimentos científicos e sua experiência, permitindo, assim, o empoderamento da mulher e que ela realize uma escolha consciente em prol do seu bem físico e mental.

Categoria 3. Roteiro de Conversa e Transmissão da má notícia:

Após a análise documental, viu-se que, alguns documentos traziam formas e elementos cruciais para se adequar uma conversa com a gestante tanto no momento de transmissão da má notícia quanto em momentos posteriores. Faziam também referência à temas importantes a serem abordados, como “desejo de ser mãe”, “relacionamento com o parceiro”, “comunicação dos fatos” e “apoio emocional”. Entende-se que, a abordagem de alguns desses aspectos, levando em conta a disponibilidade da mulher, pode ajudar na compreensão dos significados da perda no contexto de vida do indivíduo e sua família.

Na literatura, autores como Salgado et al.⁶, Camacho-Ávila et al.³ e Almeida et al.²², ratificam este achado ao afirmarem que, a forma como se é transmitida a notícia da perda influencia significativamente em como a mulher associa e enfrenta os estágios do luto, trazendo exemplos de frases e expressões, bem como temas similares a serem abordados no acolhimento a essas mulheres.

Categoria 4. Sentimentos da Mulher Frente à Perda:

Como já mencionado, a partir dos documentos analisados, os sentimentos que foram destacados foram “raiva”, “insuficiência”, “impotência”, “culpa”, “autocensura”, “pesar”, “ansiedade”, “solidão” e “angústia”. Desse modo, esse achado é confirmado pelo que se encontra na literatura vigente, onde autores como Bhat et al.²⁰ e Camacho-Ávila et al.³, apontam sentimentos e reações similares, além de “prejuízo das funções diárias”, “choque”, “descrença”, “negação”, “estresse pós-traumático”, “distúrbios do sono” e “depressão”. Em seu estudo, Gold

et al.²¹, apresenta que mães enlutadas possuem 4 vezes mais riscos de desenvolver sintomas de depressão e 7 vezes mais riscos de desenvolver sintomas pós-traumáticos. Os achados desse e de outros estudos ratificam que tais sentimentos apresentados compõe o luto inerente à perda e devem ser reconhecidos o mais brevemente possível pelos profissionais de saúde para que seja ofertado um suporte psicológico direcionada à mulher o quanto antes, onde essas reações possam ser trabalhadas evitando, assim, o luto complicado.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como já mencionado, apenas 7 documentos fizeram parte da análise desse estudo, sendo que, desses 7, apenas 1 apresentou fluxos e/ou protocolos de acolhimento voltados às mulheres em situação de perda perinatal. Pode-se perceber, portanto, que os achados desse estudo corroboram com o que é visto na literatura científica até o atual momento: deficiência de fluxos e protocolos de atendimento voltados às mulheres em situação de perda perinatal na rede de saúde como um todo^{4,6,19}

Esse trabalho foi realizado no meio virtual, durante a pandemia Covid-19, o que se configurou como um limitador da aquisição de um número de documentos maior, uma vez que, muitas maternidades não fornecem tais materiais no formato eletrônico e disponível ao acesso público aberto. Logo, esse estudo não pode caracterizar como presente ou ausente a existência dos documentos pesquisados nas maternidades, mas sim apenas em seus sites. Entretanto, sabendo-se que, atualmente, a internet se configura como um importante meio facilitador para se conectar com às informações, é importante que, se existentes, tais documentos estivessem disponíveis no meio virtual, permitindo, assim, o acesso não somente de profissionais de saúde acerca do conhecimento e qualificação, mas, sobretudo, das gestantes e familiares sobre informações, condutas, diretrizes e direitos em um momento de possível perda.

Sobre a carência vigente de tais protocolos e fluxos, a literatura pontua que eles devem estar fundamentados em condutas que estejam baseadas em evidências científicas, contudo estudos observacionais ou até mesmo revisões de literatura são escassos⁴. Essa ausência de materiais científicos dificulta a preconização de diretrizes que especifiquem as intervenções a serem seguidas, como o que não fazer ou o que oferecer a essas mulheres nesse momento, promovendo rachaduras no acolhimento, levando à piora do sofrimento inerente à perda perinatal³⁻⁶.

A falta de acolhimento e humanização diante do processo do luto perinatal contribui para dificultar a superação da perda e tornar o estado de luto um momento de extrema vulnerabilidade e sensibilidade principalmente para a mulher. Levando-se em conta os altos números de óbitos perinatais que ainda se mantêm no Brasil, há muitas mulheres brasileiras susceptíveis ao processo de luto perinatal e, assim, às suas complicações, necessitando, portanto, de atenção e cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo identificar e caracterizar fluxos e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perda perinatal nas maternidades de Salvador – BA. Ainda, foi possível refletir sobre a importância da presença de tais fluxos e protocolos no processo de luto perinatal da mulher.

Fica evidenciado, nesse estudo, que existem poucas políticas e programas públicos brasileiros voltados especificamente à assistência humanizada de mulheres em situação de perda perinatal. Ademais, esse estudo corrobora com o a realidade vigente de carência de fluxos e protocolos de atendimento confeccionados com essa mesma finalidade.

A carência de documentos eletrônicos disponibilizados pelas maternidades, que norteiem as condutas e práticas dos profissionais de saúde frente as demandas emocionais de mulheres em situação de perda perinatal, pode refletir a realidade de deficiência de protocolos e fluxos nessas instituições de saúde, entretanto, não pode afirmar o mesmo.

Todavia, levando-se em consideração a importância do meio virtual como um facilitador ao acesso à informação, se esses documentos estão presentes nessas instituições, seria de grande valia que fossem disponibilizados ao acesso virtual público aberto como uma forma de garantir a consolidação dos direitos da gestante e da mulher.

Dentre os achados referentes aos cuidados oferecidos a essas mulheres, a escuta qualificada foi a conduta mais relatada, promovendo impactos positivos no processo de luto perinatal, como formação de vínculo e confiança com a equipe de saúde, elaboração materna da perda e amenização dos sentimentos inerentes ao luto.

Através deste estudo, fica claro, portanto, que para se amenizar os riscos à saúde mental dessas mulheres é imprescindível, primeiramente, que a humanização seja a base da assistência obstétrica desde a primeira consulta pré-natal, para que assim, o acolhimento, em todos os momentos que podem envolver a gestação, parto e puerpério, aconteça de forma natural e

espontânea. Desde esses momentos, o profissional de saúde deve ser um meio de garantir os direitos à informação, ao cuidado e a um atendimento rico em atenção e dignidade.

Com essa finalidade, é peremptório, portanto, que aja com empatia e respeito, realizando a escuta ativa, esclarecendo as dúvidas existentes da paciente e de seus acompanhantes, permitindo, assim, que confie naqueles que prestam o serviço e possam se expressar livremente, sem medo do julgamento e repressão.

A partir do histórico das políticas públicas brasileira voltadas à mulher, em soma com a realidade vigente, pode-se perceber, portanto, que apesar dos avanços ao longo de 1 século de luta, na prática, ainda há muitas lacunas a serem preenchidas no que diz respeito à consolidação dos direitos institucionalizados em questão. Ademais, percebe-se que, ao longo de todos esses anos, embora a saúde da mulher não seja mais resumida à sua função reprodutora e matriarcal, há um déficit quanto a existência de políticas, diretrizes e protocolos específicos em maternidades que foquem na saúde mental dessa parte da população em seus diferentes ciclos de vida, em especial no que tange a gravidez, parto e puerpério, como forma de apoio para famílias que vivenciam natimortos e morte neonatal.

Por fim, devido à limitação já mencionada deste estudo, recomenda-se a realização de um estudo documental em campo – dentro do espaço físico das maternidades –, visando melhor caracterizar a presença de fluxo e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perda perinatal na Rede de Saúde de Salvador - Ba.

REFERÊNCIAS

1. Montero SMP, Sánchez JMR, Montoro CH, Crespo ML, Jaén AGV, Tirado MBR. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(6):1405–12.
2. Freud S. Luto e Melancolia (1917 [1915]). In: _____. *A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914- 1916)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1996. 245–263 p.
3. Camacho-Ávila M, Fernández-Sola C, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Martínez-Artero L, et al. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19(1):1–11.
4. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14(2):187–94.

5. Santos C da S, Marques JF, Carvalho FHC, Fernandes AFC, Henriques ACPT, Moreira K de AP. Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery*. 2012;16(2):277–84.
6. Salgado H de O, Polido CA. *Como Lidar: Luto Perinatal*. 1st ed. São Paulo: Ema Livros; 2020. 128 p.
7. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Banco de dados do Sistema Único de Saúde -DATASUS. 2019 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6941&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/fet10>
8. Brazil. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2009. 96 p.
9. World Health Organization. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva; 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *SAÚDE BRASIL 2019: Uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização*. Vol. I. Brasília - DF; 2019. 520 p.
11. Montenegro CAB, Rezende Filho J de. *Rezende: Obstetrícia Fundamental*. 14ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2019.
12. Brasil. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. 2011. 1–82 p.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Portaria Nº 569 Brasil; 2000.
14. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Portaria Nº. 1.067 Brasil; 2005 p. 1–8.
15. Civil P da RC. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Lei nº 11.108 Brasil; 2005.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Portaria nº 1.459 Brasil; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rede Cegonha. Portal da Saúde - Ministério da Saúde. 2012;1.
18. Freud S. Inibições, Sintomas e Ansiedade (1926 [1925]). In: _____. *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago; 1996. 81–171 p.
19. Corno G, Bouchard S, Baños RM, Rivard MC, Verdon C, de Montigny F. Providing Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention. *Frontiers in Psychology*. 2020;11(June):1–8.
20. Bhat A, Byatt N. Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks Amritha. *Current Psychiatry Reports*. 2016;63(8):1–18.

21. Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of Women's Health*. 2016;25:263–9.
 22. Almeida F de A, Moraes MS de, Cunha ML da R. Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Journal of School of Nursing USP*. 2016;50:118–24.
 23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 1st ed. Brasília - DF, Brasil; 2013. 1–16 p.
 24. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde M da S. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2ª edição. Brasília: Editora MS; 2010. 1–43 p.
 25. Corrêa MSM, de Oliveira Feliciano KV, Pedrosa EN, de Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de Saude Publica*. 2017;33(3):1–12.
 26. Da Silva, Thainá; Bisognin, Priscila; Prates, Lisie Alende; Wilhelm, Laís; Candido, Cleonir; Ressel L. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. *Biblioteca Lascasas*. 2016;12:1–29.
 27. Word Health Organization. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. In 1996. p. 3.
 28. Santos DS, Andrade ALA de, Lima BS de S, Silva YN da. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(1 suppl 2):62–7.
 29. Kingdon C, Givens J, O'Donnell E, Turner M. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth* [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 12];42(3):206–18. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12176>
 30. Zugaib M, Francisco RPV. Zugaib Obstetrícia. 4ª. Zugaib Obstetrícia. Barueri - SP: Manole; 2020.
 31. Fernandes CE, Sá MFS de. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. 1ª. Tratado de obstetrícia Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
 32. Minayo MCS. Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406 p.
 33. Bardin L. Análise de Conteúdo. Vol. 22, Revista Educação. Lisboa: Edições 70; 1977. 225 p.
-

5.4 Produção técnica áudio visual

Honrando o Luto Materno Pela Escuta Acolhedora Guia Para Profissionais de Saúde Diante da Perda Perinatal

“Quando seus pais morrem, você perde seu passado; quando seu filho morre, você perde seu futuro”.
Luby, E.

APRESENTAÇÃO

Mundialmente, o luto perinatal é definido como um processo pessoal e não patológico às experiências de mulheres que perderam um filho durante o período perinatal, em qualquer momento, seja ocasionada pelo aborto espontâneo, natimorto, interrupção da gravidez devido a indicações médicas e morte neonatal. Geralmente, leva a vivência indescritível para os pais, difícil de assimilar, considerando que o nascimento representa o início da vida e não o fim. (Kersting & Wagner, 2012). Após sofrer uma perda, tem início o chamado processo de elaboração do luto. Vários fatores tornam esta questão complexa e marginalizada, colocando-a no fundo da agenda política: as taxas de perdas perinatais não estão incluídas nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, nem rastreadas pela ONU, nem nas métricas de Carga Global de Doenças tornando-o um problema invisível. (Salgado, et al. 2021).

A morte de um filho antes ou logo depois do nascimento rompe com a ordem natural da vida, assim como interrompe os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que normalmente são depositados na criança que está por vir. Nas palavras de Torloni (2007), "A morte de um feto é a morte de um sonho".

Diante da perda do filho/a, os pais que conseguem vivenciar dor, apresentam reações semelhantes àquelas observadas em outras situações de luto, tais como: sentimento de vazio interior, culpabilidade, irritabilidade, pesar esmagador, temor de uma nova gravidez, raiva, incredulidade, apatia. Pode desencadear sintomas depressivos, ansiedade, transtornos de estresse pós-traumático, ideação suicida, pânico e fobias. (Hutti, 2005). Tem consequências também nas esferas social e econômica, com crises familiares, dificuldades ocupacionais e problemas de elevados custos com saúde. (Heazell, 2016).

No entanto, também pode ser uma experiência traumática para os profissionais de saúde que atendem. Esses profissionais são protagonistas das notícias difíceis, pois, além de planejarem e gerirem esses momentos, têm que administrar seus próprios medos e estar preparados para aceitar as reações dos familiares dos pacientes. Logo, o ato de comunicar uma má notícia exige do profissional de saúde tempo para aprendizagem e treinos constantes, que os capacite a responder adequadamente às necessidades efetivas daqueles a quem os cuidados são dirigidos. (Brasil, 2010).

Esse produto de comunicação foi elaborado a partir das respostas fornecidas pelas mães através de uma pesquisa intitulada “*Perda Perinatal: Percepção das Mulheres Sobre o Acolhimento na Rede de Saúde*”. Esta pesquisa teve como objetivo geral: Conhecer a percepção de mulheres em relação às abordagens e condutas da equipe de saúde em um determinado distrito sanitário, diante do sofrimento psíquico ocasionado pelas perdas perinatais, na cidade de Salvador- Ba. O vídeo foi criado a partir dos resultados de estudo específico sobre as narrativas de mulheres em situação de perda perinatal, referentes as suas interpretações das histórias vivenciadas diante da morte dos seus filhos, a presença da dor, a formação do processo de luto e sobre o acolhimento recebido pelos profissionais da rede de saúde. É uma laboração de recomendações e orientações desenvolvidas pelo despertar através dessas narrativas, tendo como base os resultados do instrumento de coleta de dados das entrevistas.

A produção técnica elaborada como um “Guia Virtual de Acolhimento” é um material instrutivo, em formato de vídeo, que auxilie profissionais de saúde na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade. Será disponibilizado para as instituições de saúde, com o propósito de auxiliar os profissionais da assistência as mulheres, gestores hospitalares e formuladores de políticas públicas, a criar e alimentar uma cultura de apoio em saúde a mulher e a família enlutada. Será, também, favorecido o seu acesso à população em geral, para maior conhecimento da importância da humanização ao cuidado de uma etapa tão delicada e dolorosa da vida da mulher. A ideia de ser um vídeo, emergiu pela possibilidade de maior circulação e acessibilidade, já que almejamos alcançar diferentes públicos, em diferentes territórios. Acreditamos que, com o recurso da arte, o tratamento de um tema tão difícil, pode ter uma facilitação, na medida do possível, favorecendo uma maior assimilação das ideias.

OBJETIVO

Promover subsídios para sensibilizar a sociedade, incluindo os profissionais de saúde, além de empoderar gestantes e parturientes a respeito de práticas de práticas mais humanizadas às mulheres em situações de perdas perinatais, ressaltando a relevância de se considerar o acolhimento como indicador de promoção da saúde física e mental, para qualificação e melhoria da assistência materna.

ARGUMENTO DO VÍDEO

Esse instrumento tem a finalidade de criar e alimentar uma cultura de apoio em saúde a mulher e a família enlutada, ressaltando a relevância de se considerar o acolhimento o elemento que se articulam com a saúde mental, que auxilie os profissionais de saúde na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares, para a melhoria da assistência nas perdas gestacionais e perinatais nas maternidades.

A maternidade tem como significado um estado, a qualidade de ser mãe; laço que liga a mãe aos filhos. (Oxford Languages, 2022). É uma meta a ser alcançada, para muitas mulheres, onde a expectativa social gira em torno do nascimento, da alegria, do começo de uma nova vida, na expectativa da perpetuação da geração e da tradição familiar. Porém, como definição, a maternidade é um estabelecimento hospitalar especializada em cuidar de mulheres durante a gravidez e o parto, onde também presta assistência aos recém-nascidos.

Existem situações no período gravídico puerperal que vêm se opor à perspectiva do nascimento, da vida. A morte, que é um tabu, antagonicamente, também reside frequentemente nas maternidades, suprimindo bruscamente muitos anseios gerados durante a gestação. (Cardeal & Garcia, 2005).

Nesse entendimento, a humanização compreende dois aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, com atitude ética e solidária dos profissionais de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. (MS, 2008). O outro aspecto refere-se à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora

tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. (MS, 2002).

Considerando a relevância e a necessidade do debate sobre o alto número de óbitos perinatais, e para cada óbito, uma mulher em perda de um filho, e, provável, sofrimento e luto, pelo desfecho negativo, acrescido pela forma e manejo na sua assistência, esta pesquisa propôs-se a conhecer, qualitativamente, os principais fatores destacados no processo de luto e sofrimento psíquico, sobre o acolhimento ou não acolhimento, e a necessidade de apoio na rede de saúde.

Diante das respostas de enfrentamento à dor e luto experienciada por mulheres, este Produto de Comunicação foi criado com base nos resultados da pesquisa e tem como conteúdo informações de ações que possibilitem a visibilidade da dor, o respeito à maternidade da mulher que perde seu filho, a validade e importância do amor construído, respeitando os filhos que vão e acolhendo as mães, permitindo serem ouvidas em seu lugar de fala e de voz.

O material audiovisual demonstrará as contribuições do uso desta metodologia, como uma possível estratégia de suporte as mulheres que vivem ou vivenciaram situações de perdas e diversas formas de violências em suas vidas, bem como o seu potencial, para a construção de redes sociais de apoio. Este vídeo de curta duração, será veiculado em órgãos e comunidades que atendam mulheres, a fim de atingir seus objetivos específicos para os quais foi desenvolvido, pretendendo ser dirigido ao público em geral e, especialmente, aos profissionais de saúde. O produto midiático será circulado em meios de comunicação de massa, bem como, das recentes mídias sociais em suas diversas plataformas, por exemplo: Instagram, YouTube, Facebook e Whatsapp. Assim, considerando o compromisso social que os profissionais atuantes nas políticas públicas.

PERCURSO METODOLÓGICO DA PRODUÇÃO DO VÍDEO

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, para construção de uma tecnologia educativa, estratégia de pesquisa com foco no desenvolvimento de ferramentas e métodos de pesquisa. (Polít & Beck, 2011). Assim, esse tipo de obra cinematográfica situa seus realizadores no lugar de formadores de opinião pública e (re)construtores da memória cotidiana. (Azeredo, p.152, 2013).

Recursos Humanos

O vídeo Honrando o Luto Materno pela Escuta Acolhedora, propõe retratar o conteúdo que foi coletado, de maneira clara, objetiva, lúdica, didática e responsável, respeitando a ética, sem identificação das participantes, podendo utilizar suas falas, mas sem voz nem imagem. Para que essa preservação ocorra, as imagens do vídeo serão realizadas com ilustração gráfica. Para a construção da elaboração do material audiovisual, foi necessária a contratação de profissionais que realizassem, ilustração das imagens, a edição de conteúdo e configurações de áudio.

Participantes

O material audiovisual, não contará com a presença dos participantes da referida pesquisa. Para a elaboração do produto, as imagens serão ilustrações em formato de desenho animado para preservar a imagem das mulheres/mães. Trechos das entrevistas poderão ser narrados simultaneamente a imagem pela pesquisadora, afim de se elaborar uma sequência de pequenas histórias.

Procedimentos de Elaboração

Para a elaboração de um material no modelo áudio visual são necessárias para além de recursos que a tecnologia oferece, habilidades de trabalho e edição. Onde se faz presente a relação entre o pesquisador e o profissional que irá realizar a edição. Para que cumpra o que se espera de um material audiovisual, o vídeo deve conter áudio e imagens que, de maneira criativa, estabeleçam um monólogo ou diálogo.

As etapas de construção são: Planejamento de roteiro, onde se é pensando no que irá conter em cada minuto do material gráfico, pré-produção, que é o momento em que o profissional de edição se reúne com a pesquisadora para que alinhem os propósitos esperados com aquele conteúdo, produção, coloca-se em prática o que foi estabelecido no roteiro, edição, fase de edição de erros, detalhes de imagem, volume de áudio, iluminação, dentre outros e pôr fim a divulgação do material final. (Bahia & Silva, 2021).

O investimento financeiro para a produção do vídeo, será de responsabilidade da pesquisadora.

Aspectos Éticos

A fim de assegurar a defesa e proteção das pessoas envolvidas nas referentes entrevistas da pesquisa, a identidade, imagem e voz serão preservadas, sem identificações e exposição visual. Está atrelado à pesquisa: *Perda Perinatal: Percepção das Mulheres Sobre o Acolhimento na Rede de Saúde*, aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em novembro de 2020, sob o número CAAE: 29643119.1.0000.5544.

A sistematização do conteúdo

O conteúdo do Guia Virtual, deu-se a partir dos resultados derivados da etapa qualitativa, com o levantamento de vivências e demandas do público alvo. A revisão da literatura que garantiu a fundamentação científica, foi condição essencial para preservar a segurança do público alvo e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo.

A seleção e elaboração das ilustrações

Considerou-se a necessidade de incluir algumas ilustrações no vídeo, com o objetivo de torna-lo descontraído e de fácil compreensão.

Composição do Vídeo

O conteúdo incluído no material informativo foi selecionado pela pesquisadora, dando prioridade às informações mais relevantes. Buscou-se a construção de textos sucintos, que facilitassem a compreensão das informações.

Os critérios editoriais utilizados

Os critérios adotados na editoração do guia virtual visaram garantir o interesse pelo público alvo. Para isso, optou-se por textos concisos em informações e de linguagem simples e compreensível. Os conteúdos foram divididos em etapas, por assunto, permitindo situar ao

conteúdo do material.

Cronograma

O Produto de Comunicação passou por fase de elaboração e discussão da versão preliminar do roteiro técnico a sua finalização. A sua execução está prevista para Julho de 2022 a partir das etapas descritas abaixo:

ATIVIDADE	PERÍODO
Elaboração do Roteiro	Janeiro 2022
Pré-produção	Março 2022
Divulgação da pré-produção	Abril 2022
Produção – imagem, som e edição	Maió 2022
Divulgação	Julho 2022

A primeira veiculação está prevista para o momento da defesa da dissertação da pesquisadora, ocasião em que será divulgada a versão final do vídeo.

Roteiro Técnico

Principais Tópicos dos Resultados das Narrativas para Elaboração de Vídeo

- 1) A Gravidez como um momento de grande alegria e planejamento para as mães
- 2) Sentimentos maternos frente à morte
- 3) Assistência recebida
- 4) Ressignificação da perda
- 5) Existência de protocolos para promoção do cuidado em situação de perda.

Etapas de Elaboração do Vídeo

Cenas	Áudio	Imagens
1ª Etapa	A História da Mãe e do Bebê Importam	
Cena 1	A alegria de gerar um filho, um novo ser a caminho	Mulher grávida sozinha no quarto do filho que está sendo montado, feliz, conectada com a sua gestação, acariciando sua barriga
Cena 2	O compartilhar desse momento sublime com a família, traçando planos para o futuro	Gestante com o companheiro/companheira compartilhando cotidianamente em família
Cena 3	A escuta ativa e o diálogo qualifica a assistência	Gestante em consulta Pré-Natal, narrando sua história

2ª Etapa	A Comunicação e Escuta Como Veículo de Acolhimento	
Cena 1	O impacto da notícia, seguido pelo sentimento de medo, angústia, tristeza, revolta e incerteza sobre o futuro se fazem presentes na mulher, no casal (isso pode ocorrer em um consultório, em uma sala de ultrassom, sala de parto, no quarto ou enfermaria)	Profissional relatando a notícia difícil para a mãe e companheiro
Cena 2	A notícia abala o vínculo com o seu filho, na dualidade e ambivalência do apego. Embora o vínculo já existente permaneça, o receio de aumentar e nutrir esse vínculo na presença da morte, pode fazer com que a dor se torne insuportável.	Gestante no choro passando a mão sobre sua barriga
Cena 3	Os pais desejam que seus filhos sejam tratados com todos os recursos e suportes existentes, na esperança da possibilidade do mínimo de chance de sobrevivência, acreditando em um milagre.	Profissional conversando com a gestante sobre a assistência do seu filho
3ª Etapa	Individualizar o cuidado do corpo e dos sentimentos	
Cena 1	Os profissionais não percebem as limitações e aflições de seus pacientes, o modo de atenção e apoio, é decisivo para sentir-se acolhido, evitando luto prolongado e/ou complicado.	Os sentimentos maternos frente à morte e o luto são vividos de forma solitária, por mais que a ela seja ofertado apoio familiar
Cena 2	Ao entender o motivo do óbito de seu filho, o processo do luto tende a não se prolongar	Esclarecer o que aconteceu ajuda na resignificação da perda
Cena 3	A falta de acolhimento, empatia, solidariedade com a dor sentida por essa mãe, e a ausência de respeito à autonomia da decisão materna, leva a situações de distanciamento na assistência, favorecendo a sensação de desamparo e a subestimação ao luto	O desconhecimento do profissional sobre o significado e como lidar com a morte por falta de dedicação, treinamento e qualificação.
Cena 4	Caso o profissional não se sinta preparado para falar, apenas escute com empatia e respeito aos sentimentos	Falhas inadequadas devem ser evitadas
4ª Etapa	Elementos que auxiliam no reconhecimento da morte, com aceitação do acontecimento e que previne a depressão	
Cena 1	Favorecer momento em que as mães segurem seus bebês, sem pressa, se assim o desejarem	Rituais de despedidas, como promover o contato da mãe com o filho
Cena 2	Acatar o desejo de participar do momento de despedida, considerando a humanização nas relações nos serviços de saúde flexibilizando as normativas.	Permissão da saída da mãe do hospital para o sepultamento da criança, um direito que não deve ser negado
Cena 3	A caixa de lembranças, ou caixa de memórias, é um recurso onde são guardados momentos recolhidos ao longo da internação, contendo mecha do cabelo (quando disponível), digitais do pé e da mão, as	Homenagear, perpetuar e ajudar na preservação da memória e imagem do filho(a),

	pulseiras de identificação do RN, fotografias do bebê (se houver) e a primeira roupa usada pelo bebê.	contribuindo na elaboração do luto
Cena 4	A importância da empatia por parte das pessoas que as cercam, participação em grupos de mães que vivenciaram a mesma situação, viver o luto, se permitir chorar e falar sobre assunto com um psicólogo, se sentem mais aliviadas e suas ansiedades diminuem	O suporte ao retorno a um cotidiano que não será mais o mesmo
Cena 5	A religiosidade e as crenças, contribuem para ressignificação, dando um significado para sua perda e interligada com a esperança, diminuindo a dor da finitude, criando sentido e na vontade divina.	A fé e a espiritualidade como meio de superação e fortalecimento
Cena 6	Nem sempre a palavra é necessária, uma ausculta com qualidade, o estar presente e o abraço, muitas vezes, acalenta mais o coração do que palavras proferidas. Na medida em que as mães vão encontrando formas de se apoiar, seja retornando a sua rotina de trabalho, atividade física ou práticas alternativas, muitas começam a encontrar o significado da sua perda, objetivo do processo do luto	A escuta e o abraço que processa a cura, na ausência das palavras
5ª Etapa	Políticas e programas públicos brasileiros voltados especificamente à assistência humanizada de mulheres em situação de perda perinatal	
Cena 1	Necessário documentos eletrônicos disponibilizados pelas maternidades, que norteiem as condutas e práticas dos profissionais de saúde frente as demandas emocionais de mulheres em situação de perda perinatal	Garantia na consolidação dos direitos da assistência humanizada a gestante e a mulher.
Cena 2	A formação de vínculo e confiança com a equipe de saúde auxilia na elaboração materna da perda e amenização dos sentimentos inerentes ao luto	A escuta qualificada, promove impactos positivos no processo de luto perinatal
Cena 3	O profissional de saúde deve ser um meio de garantir os direitos à informação, ao cuidado e a um atendimento rico em atenção e dignidade a essas mulheres.	A humanização na assistência obstétrica é a base que ameniza os riscos à saúde mental das mulheres em situação de perda
Cena 4	Estudos apontam que, pela morte ter se tornado um evento comum e corriqueiro, para os profissionais de saúde nas maternidades, o tratamento sensível e individualizado diante da perda, tornou-se raro. Geralmente falas e práticas inadequadas, protocolares rígidas, não condizentes com a situação, legislação desnecessariamente fria, falta de suporte e orientação para lidar com o luto, são infelizmente, o que prevalece nas narrativas das mulheres que passaram por perdas. O que interfere de forma significativa no processo de elaboração do luto para mães e familiares.	
Cena 5		

	Essa dor de quem vive ou viveu esse luto não é invisível nem inaudível, e você pode ouvi-la e cura-la. Adote isso na sua rotina de trabalho e de vida.	
--	--	--

Resultados Esperados

Espera-se que esse produto permita adentrar no universo do acolhimento, como elemento importante nas trocas primordiais entre as mulheres em situação de sofrimento psíquico ocasionadas por perdas gestacionais e neonatais e os profissionais da rede de assistência, trazendo a relevância do tema, como indicador de saúde, para a comunidade científica, os profissionais de saúde e a saúde pública. Almeja-se que, com a exposição desse indicativo por material áudio visual, seu conteúdo consiga atingir grandes espaços, não somente dedicados a saúde, como também famílias, que de alguma forma, vivenciam o luto perinatal, contribuindo para visibilidade do sofrimento dessas mulheres e reforçar a importância de que sejam reconhecidas como mães.

REFERÊNCIAS

- Badenhorst, W. & Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* abr;15(2):107-11. doi: 10.1097/00001703-200304000-00004.
- Bahia, B. A & Silva, L.R.A. (2021)
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. *Comunicação de notícias difíceis: Compartilhando desafios na atenção em saúde.* Rio de Janeiro: Instituto do Câncer.
- Declaração da Sociedade Pediátrica Canadense. (2001) Diretrizes para profissionais de saúde que apoiam famílias em situação de perda perinatal. *Saúde Infantil em Pediatria.*
- Diretrizes de Prática Clínica da Sociedade Perinatal da Austrália e Nova Zelândia para o Tratamento de Natimortos e Morte Neonatal, Terceira edição, junho de 2018.
- Farralles, L.L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., Klein, M.C. (2020). O que os pais enlutados desejam que os profissionais de saúde saibam quando seus bebês nascem mortos: um estudo participativo com base na comunidade. *BMC Psychol.*
- Heazell, A.E.P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z.A., et al. (2016). Natimortos: consequências econômicas e psicossociais. *Lanceta.*
- Homer, C.S.E., Malata, A., Ten Hoop-Bender, P. (2010). Apoiando mulheres, famílias e prestadores de cuidados após natimortos. *Lanceta.*

- Hutti, M.H. (2005). Necessidades de suporte social e profissional das famílias após a perda perinatal. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.
- Lawn, J.E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., et al. (2016). Natimortos: taxas, fatores de risco e aceleração até 2030. *Lancet*.
- Murphy S. (2012). Reivindicando uma identidade moral: natimorto, estigma e 'mães morais'. *Obstetrícia*.
- Muza, J. C.; Sousa, E.N.; Arrais, A.R.; Iaconelli, V. (2003). *Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal* Psicol. teor. prat. Dez, vol.15, no.3, São Paulo. Kersting A, Wagner B. (2012) *Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci*.
- Polit, D., Beck, C.T. (2011) *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Rando, T.A. (1993). *Tratamento da Luto Complicado*. Ed. Research Press.
- Rando, T.A. (2012). *Uma perspectiva sobre perda, tristeza e luto*. In: Rando TA, editor. *Contato com o bebê. Doença, crise e perda*.
- Salgado, H.O., Polido, C.A. (2018). *Como Lidar Luto Perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*. 1ed. São Paulo: Ema Livros.
- Sands (Caridade para natimortos e morte neonatal): <https://www.sands.org.uk/>
- Schott, J., Henley, A., Kohner, N. (2016). *A perda da gravidez e a morte de um bebê: orientações para os profissionais*. 4ª ed. Reino Unido: Tantamount em nome de Sands, a instituição de caridade para natimortos e morte neonatal.
- Setubal, M.S.V., Antonio, M.A., Amaral, E.M., Boulet, J. (2018). Melhorando as habilidades dos residentes de perinatologia em dar más notícias: um estudo de intervenção randomizado. *Rev Bras Ginecol Obstet*.
- Souza, A. L., Wottrich, S. H., Seelig, C., et al. (2007). O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica. *Rev. SBPH*. jun., vol.10.
- Torloni, M. R. (2007). Luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole.
-

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo será abordado o assunto, baseando-se nos resultados obtidos, em torno dos três artigos: 1) Assistência recebida 2) Sentimentos maternos frente à morte e Ressignificação da perda 3) Existência de protocolos para promoção do cuidado em situação de perda.

Apesar do perfil sócio demográfico das mães seja diferente, ao analisar os discursos, percebe-se que o sofrimento de perder um filho é igual e a percepção da experiência vivenciada se entrelaçam, entretanto, a interpretação da situação pode ser diferente pelas histórias individualizadas.

O primeiro artigo que compõe esta dissertação, “*Atuação da equipe de saúde diante da perda perinatal na pandemia covid-19: a percepção da mãe*”, estudo exploratório, com abordagem qualitativa descritiva, a partir das narrativas de mulheres em situação de perda perinatal, apresenta conteúdos relevantes sobre a condição da mulher nesse processo, e os determinantes que podem contribuir para assistência profissional em saúde, mais qualificada e humanizada.

As principais causas apontadas como expressivas e que promovem maior compreensão sobre a dor e o sofrimento no luto gestacional e neonatal encontram-se mencionadas nas categorias, *Habilidade Multiprofissional e Abordagens e condutas na Pandemia*, sendo a comunicação e a qualidade da assistência avaliadas pela mãe, e o modo de atenção e apoio, é decisivo para sentir-se acolhido. Assunto esse, que aparece atravessando os três artigos.

Ao questionar as mães sobre o atendimento recebido, muitos pontos foram levantados para refletir e analisar sobre o cuidado prestado à gestante. O primeiro ponto foi sobre a atenção, esclarecimento e orientações no pré-natal, onde às mães acreditam que as formas de abordagem pelos profissionais, nas consultas, são muito importantes, pois mesmo essas mortes não tendo como serem previstas e evitadas, já as preparam para o desfecho difícil.

O mesmo se repete ao atendimento na maternidade, em termos de comunicação de notícias difíceis, elas apontam falha nessa comunicação, a qual deveria ser humanizada. Ao receberem um diagnóstico negativo durante a gestação, no parto ou no pós parto, a primeira sensação que as mães relatam é o choque da notícia, seguido pelo sentimento de medo. Ainda, nesse momento, muitas vezes é cobrado que as mães tomem decisões complexas. Nota-se, portanto, a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e as mães.

Sobre como os profissionais devem usar palavras de solidariedade e amorosidade, além de serem claros e honestos em suas informações, oferecendo esclarecimento e apoio, são

mencionados pelos autores Afonso e Minayo, (2017). Apesar de ser um momento angustiante, as mães têm condições de tomar decisões, porém elas precisam ser preparadas para receberem as notícias difíceis, incluindo a morte.

Os autores Salgado & Polito (2018), Vera Iaconelli (2007) e Rodrigues (2014), sugerem que a sensibilidade do profissional que atende à mulher é fundamental; eles demonstram que o processo de elaboração de luto é menos conflituoso quando existe o acolhimento do profissional na forma de abordagem e comunicação da morte, e o apoio necessário.

Pelo aspecto do profissional de saúde, o momento da notícia é de grande angústia, pois os mesmos desconhecem os limites e as necessidades que os familiares estão vivenciando (Almeida, Moraes & Cunha, 2016). Porém, é um momento de grande importância para o processo do luto. Quando as mães entendem o motivo do óbito de seu filho o processo do luto tende a não se prolongar. Entender o que aconteceu ajuda na resignificação da perda. Entretanto, algumas mães relatam, ainda não saber a justificativa do falecimento, e falas como “ninguém me explicou, ninguém me falou nada” foram repetidas. Essa situação abre duas hipóteses: 1- pode ter havido a ausência de explicação sobre o ocorrido, ou a falha na comunicação ao explicar. 2- os profissionais tenham explicado o ocorrido e as mães não absorveram as informações fornecidas, por se tratar de um momento tão delicado. A primeira hipótese mostra o despreparo profissional ou a incapacidade pessoal para tratar do tema da morte.

As participantes abordaram, ainda, que o desconhecimento do profissional sobre o significado e como lidar com a morte, a falta de acolhimento, empatia, solidariedade com a dor sentida por essa mãe, e a ausência de respeito à autonomia da decisão materna, leva a situações de distanciamento na assistência, favorecendo a sensação de desamparo e a subestimação ao luto. Segundo os autores, a falta de dedicação, treinamento e qualificação dos profissionais são questões a serem consideradas.

Todavia, segundo Magalhães e Melo (2015), essas aptidões não são desenvolvidas durante a graduação de muitos profissionais da saúde. A formação profissional por vezes se ocupa muito mais em diagnosticar e curar doenças, do que em lidar com as pessoas. Assim, a ausência de preparação nos profissionais para perdas e lutos pode fazer com que esse momento se torne mais angustiante e prolongado aos familiares envolvidos.

Para as mães que já perderam seus filhos, o olhar deve ser atento ao processo do luto, e as mesmas podem ser apoiadas por uma equipe interdisciplinar continuamente durante todo o processo. Nota-se nos relatos maternos dificuldades que as mães sentiram, desde a falta de

empatia até a ausência de humanização nos procedimentos. Apesar de estarem passando por uma situação delicada, poucos profissionais foram elogiados pela assistência prestada.

Assim, salienta-se a importância dos profissionais de saúde em oferecer para as parturientes ausculta qualificada, assistência física e psicológica e esclarecimento sobre os procedimentos realizados ou não.

O segundo artigo compõe esta dissertação, intitulado “Entre o Gestar e Morte Perinatal: A Fronteira Simbólica no Trabalho do Luto”, evidenciou os sentimentos maternos frente à morte, o luto vivido de forma solitária e os elementos determinantes para a ressignificação da perda.

Freud (1916-1976), considera que a morte ou o evento da morte, é uma realidade difícil de lidar, do ponto de vista subjetivo. Para a teoria, a morte sempre gerou angústia, e, apesar dos avanços atuais da medicina, buscando comprovar sua veracidade, independentemente da forma como a morte ocorre, penetra no campo do insuportável: a incerteza de não ter controle sobre a vida, de não saber lidar com a incerteza sobre o momento de morrer, do imponderável do processo de finitude humana. Historicamente, o homem sempre tentou se afastar da morte e, desse modo, tenta atravessar a vida, negando como se a morte não existisse, e sentindo-se desapontado quando os afetos são atingidos. Para a psicanálise, na realidade inconsciente não existem significantes que representem a nossa própria morte, então, dessa maneira, o homem, quando vivencia a morte do outro ou mesmo quando pensa sobre ela, encontra-se como expectador. Na realidade, ele gostaria de prosseguir por toda a vida sem pensar sobre a sua morte e os enigmas que o remetem à própria finitude.

Asplin et al., (2015) escreve que a gravidez é um momento de grande alegria e planejamento para as mães. Wool, (2015) entretanto corrobora ao apresentar que, quando uma mãe recebe a informação que seu filho não é compatível com a vida, sentimentos de medo, angústia, tristeza, revolta e incerteza sobre o futuro se fazem presentes.

Os relatos apresentados pelas entrevistadas confirmam a presença desses sentimentos ao serem informadas sobre um diagnóstico desfavorável a vida, seja durante a gestação ou após a gestação, a primeira sensação que as mães relatam é o impacto da notícia da morte, seguido pelo sentimento de medo, abalando o vínculo com o seu filho, na dualidade e ambivalência do apego. Embora o vínculo já existente permaneça, o receio de aumentar e nutrir esse vínculo na presença da morte, pode fazer com que a dor se torne insuportável.

Apesar do diagnóstico negativo, os pais desejam que seus filhos sejam tratados com todos os recursos e suportes existentes. Isso envolve a esperança que as mães sentem, apegadas

na possibilidade do mínimo de chance de sobrevivência, acreditando em um milagre. (Wool, 2015). Essa postura nos permite ponderar, a partir da singularidade dos casos, que tal dificuldade pode estar sustentada por questões culturais, sociais e baseadas nas suas próprias crenças, como mecanismos de defesa que protegem o ego de notícias difíceis de aceitar. (Freud, 1916-1976; Lacan, 1985).

Diante da vulnerabilidade ocasionada pela morte de um filho, a mãe encontra-se em uma posição delicada, e por mais que a ela for ofertado apoio familiar, o luto tende a ser solitário, pois, foi a única que passou pela experiência do gestar e a vivência física da perda. Essa solidão no processo do enlutamento, foi um dos destaques entre as categorias dos relatos das participantes do estudo. Os profissionais devem cuidar fisicamente e psicologicamente do paciente. O cuidado emocional é muitas vezes esquecido ou ignorado pelos profissionais, pois o ser humano utiliza mecanismos de defesa para lidar com a angústia, e não percebem as limitações e aflições de seus pacientes. (Santos; Corral-Mulato & Bueno, 2014).

Os rituais de despedida são formas importantes para os pais reconhecerem a vida curta do bebê e aceitarem o acontecimento. (Sturrock & Louw, 2013). Porém, teve mães que não participaram desse momento, pois precisavam ficar internadas após o parto. Outras preferem não ter contato com seu filho para não guardar uma imagem ruim. Existe grande discussão na literatura internacional sobre o contato com o natimorto, alguns são favoráveis, alegando que as mães que seguram seus bebês possuem menores sintomas depressivos e tem maior facilidade em ressignificar a morte do filho. Em contrapartida, outros afirmam que as mães podem guardar uma imagem triste do seu filho e isso dificultaria o processo do luto. (Ryninks, et al., 2014). No entanto, há que se questionar a mãe sobre seu desejo. E, unidades hospitalares, local onde a maioria dos óbitos perinatais acontece atualmente, precisam rever as normas sobre a possibilidade de contato entre mãe e feto/recém-nascido, e até de saída da mãe do hospital para o sepultamento da criança. Muitas desejariam participar do momento de despedida, no entanto, esse direito lhe é negado por razões que desconsideram a humanização das relações nos serviços de saúde e levam em conta apenas as normativas.

A caixa de lembranças, ou caixa de memórias, é um recurso que vem sendo adotado por algumas maternidades, com o objetivo de homenagear, perpetuar e ajudar na preservação da memória e imagem do filho(a), contribuindo na elaboração do luto. Refere-se a um recipiente onde são guardados momentos recolhidos ao longo da internação, contendo mecha do cabelo (quando disponível), digitais do pé e da mão, as pulseiras de identificação do RN, fotografias do bebê (se houver) e a primeira roupa usada pelo bebê. A caixa geralmente é montada pela

instituição e ofertada a família antes da alta, simultaneamente à liberação do corpo do RN (se for o caso), para os procedimentos funerários.

O retorno para casa também é um momento delicado, ao regressar à rotina sem seu filho, é triste e frustrante. As mães sentem também a falta de empatia por parte das pessoas que as circundam ao usarem frases chavões na tentativa de amenizar a dor, mas que nem sempre são entendidas como confortadoras, apesar da intenção.

As mulheres que sofreram uma perda perinatal, não costumam revelar sua experiência para outras pessoas, como aviso, notícia ou assunto social, tanto quanto se adota, geralmente, em um nascimento. Carregam em si essa experiência sensitiva e emocional, negando a fala sobre a dor não elaborada, pelo estigma, muitas vezes, pela própria culpabilidade questionando-se sobre o auto cuidado, sentimento de impotência e pela desvalorização da sociedade. Essas mulheres geralmente se perdem na identificação de como ocupar um espaço, de se considerar mães ou suas identidades haviam ido a óbito juntamente com seus filhos, apesar de terem gerado e passado por um parto.

Existem poucas alternativas de suporte para pessoas enlutadas e recursos para ajudar na elaboração da perda. Entretanto, é essencial um lugar que possibilite o ser humano a vivenciar seus medos, anseios e sua tristeza para o restabelecimento da vida após o vazio que o ente querido deixou. (Frizzo, et al., 2017).

Uma das formas mencionadas pelas mães como apoio em rede a esse luto solitário, foi a participação em grupos de mães que vivenciaram a mesma situação que elas. A procura geralmente em redes sociais ou indicação de alguém, que pode estar envolvido nesse contexto, fora do ambiente hospitalar. Entretanto, mesmo sem a ajuda dos profissionais, as mães vão encontrando outros meios para expressar seus sentimentos e encontrar um significado para sua perda, como blogs temáticos sobre o luto, de forma a desmistificar sobre o assunto, ser um espaço de liberdade de expressão para a mãe e ainda ser um espaço de apoio e troca de experiências com pessoas que vivenciam a mesma situação. (Frizzo et al., 2017). Um outro caminho encontrado foi o viver o luto, se permitir chorar e falar sobre assunto.

Para aquelas que puderam ter o contato profissional com um psicólogo, essa ajuda foi relevante. Os psicólogos foram mencionados como profissionais capacitados para tratar do tema com habilidade, promover à calma e a paz entre os familiares enlutados e, quando há o diagnóstico da provável inviabilidade da vida ao nascer do filho, o seguimento psicológico subsidia a preparação para o enfrentamento da situação antes e após a morte. Porém, seja por outros convênios que não o SUS, ou particular, arcar financeiramente com acompanhamento

psicológico, não é a realidade da maioria das mulheres. Todavia, essa medida pode ajudar as enlutadas a desabafar, viver o luto e buscarem o significado da perda. As mães que ganham cuidado humanizado, são escutadas e recebem apoio dos profissionais de saúde, se sentem mais aliviadas e suas ansiedades diminuem. (Flenady, et al., 2014)

A fé e a espiritualidade aparecem como um dos meios de superação, fazendo com que as mães se sintam mais fortalecidas. Destaca-se a religiosidade e as crenças, como condição que contribui para que a espiritualidade seja um caminho para ressignificação, já que a partir dela, algumas mães conseguem dar um significado para sua perda. (Lopes, et al., 2017). A espiritualidade está interligada com a esperança. Assim, a mãe encontra um meio de diminuir a dor da finitude que a perda de seu filho trouxe. E, ainda, cria sentido e estratégias para lidar com o luto, pois confia que aconteceu a vontade divina. (Gonçalves & Bittar, 2016).

O apoio espiritual é tão importante como o apoio das pessoas próximas, amigos e família se tornam indispensáveis nesse momento angustiante. Nem sempre a palavra é necessária, uma ausculta com qualidade, o estar presente e o abraço, muitas vezes, acalentam mais o coração do que palavras proferidas. (Steen, 2015).

Na medida em que as mães vão encontrando formas de se apoiar, seja retornando a sua rotina de trabalho, atividade física ou práticas alternativas, muitas começam a encontrar o significado da sua perda, objetivo do processo do luto.

O terceiro artigo intitulado “Humanização do Cuidado à Saúde da Mulher Diante da Perda Perinatal: Fluxos e Protocolos de Atendimento ao Luto na Cidade de Salvador, Ba”. Nesse artigo descreve-se através da pesquisa documental qualitativa explorativa, a identificação da presença de fluxos e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização em situação de perda perinatal na Rede de Saúde de Salvador - Ba. Sendo possível refletir sobre a importância da presença de tais fluxos e protocolos no processo de luto perinatal da mulher.

Esse estudo demonstra que existem poucas políticas e programas públicos brasileiros voltados especificamente à assistência humanizada de mulheres em situação de perda perinatal.

A carência de documentos eletrônicos disponibilizados pelas maternidades, que norteiem as condutas e práticas dos profissionais de saúde frente as demandas emocionais de mulheres em situação de perda perinatal, pode refletir a realidade de deficiência de protocolos e fluxos nessas instituições de saúde, entretanto, não pode afirmar o mesmo.

Todavia, levando-se em consideração a importância do meio virtual como um facilitador ao acesso à informação, se esses documentos estão presentes nessas instituições, seria de grande

valia que fossem disponibilizados ao acesso virtual público aberto como uma forma de garantir a consolidação dos direitos da gestante e da mulher.

Dentre os achados referentes aos cuidados oferecidos a essas mulheres, a escuta qualificada foi a conduta mais relatada, promovendo impactos positivos no processo de luto perinatal, como formação de vínculo e confiança com a equipe de saúde, elaboração materna da perda e amenização dos sentimentos inerentes ao luto, ficando claro, portanto, que para se amenizar os riscos à saúde mental dessas mulheres é imprescindível, primeiramente, que a humanização seja a base da assistência obstétrica desde a primeira consulta pré-natal, para que assim, o acolhimento, em todas as etapas que envolve a gestação, parto e puerpério, aconteça de forma natural e espontânea. Desde esses momentos, o profissional de saúde deve ser um meio de garantir os direitos à informação, ao cuidado e a um atendimento rico em atenção e dignidade.

7 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

O desenho metodológico do estudo apresentou limitações para a realização das entrevistas presenciais, anteriormente planejadas, com as mulheres em situação de perda perinatal, que não puderam acontecer em razão das restrições impostas pela pandemia ocasionada pela Covid-19.

Houve uma redução no número de mulheres inicialmente selecionadas. Foram destacadas 10 mulheres notificadas no SIM, porém por dificuldades no contato, indisponibilidade de tempo, remarcação contínua até o prazo final estabelecido para entrevista, e recusa por mobilização emocional, por considerar pouco tempo do ocorrido. Desse total, 5 concederam a entrevista.

Ademais, em razão da dependência da tecnologia e da ausência desse suporte por algumas convidadas participantes, não foi possível realizar uma das entrevistas online e outra foi interrompida por falta de conexão com a internet. No entanto, foram registradas no diário de campo da pesquisadora informações relativas ao trabalho realizado com essas mulheres. Esse material também serviu de objeto de análise em outros produtos da pesquisa, como nos artigos elaborados pela pesquisadora e um projeto do produto de intervenção, transformado em uma produção técnica virtual.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar, transcorrendo o histórico até a realidade atual, que apesar dos avanços nas políticas públicas brasileiras ao longo de século de luta e conquistas na atenção à Saúde da Mulher, até a realidade atual, em especial as mulheres em situação de perdas gestacionais e neonatais, existe na prática, ainda, muitas lacunas a serem preenchidas no que diz respeito à consolidação dos direitos institucionalizados em questão, principalmente no quesito do cuidado e acolhimento em situações específicas e pontuais. Ademais, percebe-se que, ao longo de todos esses anos, embora a saúde da mulher não seja mais resumida à sua função reprodutora e matriarcal, há um déficit quanto a existência de políticas, diretrizes e protocolos que foquem na saúde mental em seus diferentes ciclos de vida, em especial no que tange a gravidez, parto e puerpério e circunstância de perdas.

Considera-se importante o modo do comunicado da morte e as abordagem as mulheres em ocorrência de perdas perinatais, com relevância em relação ao acolhimento e o atendimento prestado, com valorização do sofrimento da mulher enlutada decorrente desse processo, evitando-se assim repercussões psíquicas que comprometam sua saúde mental. Um outro aspecto relevante a considerar na realidade atual é o estabelecimento de estratégias e de fluxos de atendimento, mesmo se tratando de uma instituição secundária, não referenciado para a COVID-19, como as maternidades, com realização de intervenções psicológicas com os profissionais de saúde, a fim de reduzir impactos e promover a saúde mental durante e pós-pandemia, momento este em que as pessoas precisarão se readaptar e lidar com as perdas e transformações emocionais, sociais e econômicas.

Pondera-se a qualificação da assistência na rede de saúde, onde mulheres em sofrimento psíquico por perdas perinatais possam ser beneficiadas ao ser respeitadas em sua dor, na sua singularidade, auxiliando no processo de vivenciar a elaboração do luto, onde sejam acolhidas e escutadas empaticamente, dignamente, não só no nascimento, mas também diante da dor da morte, com profissionalismo, ética e respeito pela importância das vidas humanas.

9 CONCLUSÃO

Conclui-se que, apesar do Sistema de Saúde possuir diretrizes para o cuidado e “Assistência Humanizada” no pré - natal, parto e puerpério, constata-se que, baseado nos relatos maternos, as mesmas não estão funcionando na prática, realidade agravada durante a pandemia Covid-19.

REFERÊNCIAS

- Afonso, S. B. C.; Minayo, M. C. S. (2017). Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1.
- Almanza-Muñoz, M.J.J., Holland, C.J.(1999). *La comunicación de las malas noticias en la relación medicopaciente. III. Guía clínica práctica basada en evidencia*.
- Almeida, E. S.; Castro, C. G. J.; Lisboa, C. A. (1998) *Distritos Sanitários: Conceção E Organização, Vol 1*. São Paulo: Instituto para o desenvolvimento da saúde – IDS, Núcleo de assistência médico-hospitalar – NAMH/FPS – USP.
- Almeida, F. A.; Moraes, M. S.; Cunha, M. L. R.(2016). Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, p. 122-129.
- Almeida, M. F.; Novaes, H. M. D.; Alencar, G. P.; Rodrigues L. C. (2002). Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio demográficos e assistenciais. *Revista Brasileira Epidemiologia*. 5 (1). <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000100011>.
- Aries, P. A. (2012). *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro, Saraiva. 1ª edição 1975.
- Badenhorst, W.; Hughes P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*.
- Badinter, Elisabeth. (2009) *Um amor conquistado: “O Mito do Amor Materno”*; tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
- Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo*. 5th ed. Lisboa: São Paulo Edições 70.
- Brasil. (2011). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios Diretrizes*.
- Brasil. Ministério da Saúde (2001). *Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade*: Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). Secretaria de Políticas de Saúde Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília –DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília - DF.
-

- Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2ed. Brasília – DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde (2022). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Manual de gestação de alto risco*, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. *Nota técnica: Rede Cegonha*. Brasília
- Brasil. Ministério da Saúde (2023). Lei nº 14721 de 08 de novembro de 2023. Presidência da República Casa Civil Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Brasília
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2020). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19*.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)*. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Óbito fetal [Internet] 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ft10pr.def>.
-
- Brasil. Ministério da Saúde, (2005). *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas* – Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1984) *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília, Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal*. — Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019) Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. *Guia de Vigilância em Saúde: volume único/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços*. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de *Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis*. Saúde Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2011). *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2008). *Humaniza SUS: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS*. 4. ed. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia.. *Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal*. — Brasília: Ministério da Saúde, 43 p. — (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. — 2. ed. — Brasília: Ministério da Saúde,. 96 p.: il. — (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A psicoterapia em situação de perdas e luto*. Campinas: Livro pleno.
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F.R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I.M., Martínez-Artero, L., et al.(2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 19(1):512. doi: 10.1186/s12884-019-2666-z.
- Caputo, R.F. (2008). O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. *Revista Multidisciplinar da Uniesp*;(6):76-80.
- Cardeal da Costa, J., García de Lima, R.A. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Periódico na Internet]. 13 (2). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>.
- Carmo Leal, M., Bittencourt, A.S., Pereira, A.P.E., Ayres, B.V.S., Silva, L.B.R.A., et al. (2019). Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*. 35 (7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
- Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126), 33-48.
- Chen, H. et al. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of Covid-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet, London*. 395(10226):809-815. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3.
- Choron, J. (1969) *La Mort et la Pensée Occidentale*. Trad. Monique Manin. Paris: Payot.

- Connelly, F. M.; Clandinin, D. J. In: Larrosa, J. (Org.). (2011) *Déjame que te cuente: ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona, E: Laertes.
- Coelho, M. R. S. (2003). *Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Combinato, D.S., Queiroz, M.S.(2006). *Morte: uma visão psicossocial*. Estudos de Psicologia; 11(2): 209-216.
- Corno, G., Bouchard, S., Baños, R.M., Rivard, M.C., Verdon, C., de Montigny, F. Providing (2020). Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention. *Front Psychol*. 11:1262. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01262.
- Corrêa, M.S.M., de Oliveira Feliciano, K.V., Pedrosa, E.N., de Souza, A.I. (2017). Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de Saúde Pública*. 33
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens*. 2.^a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Devincenzi, M.U., Schraiber, L.B. (2019). Óbitos neonatais em região de alta vulnerabilidade do Município de Santos, São Paulo, Brasil: examinando questões assistenciais na perspectiva das mulheres. *Cad Saúde Pública*. 35 (9). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081718>.
- Diniz, S., d'Oliveira, A.F.P., Lansky, S. (2015). Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 20(40):94-101. doi: 10.1016/S0968-8080(12)40657-7.
- Diretrizes para a Vigilância Epidemiológica de Óbito de Mulheres em Idade Fértil, Materno, Infantil e Fetal no Estado da Bahia, (2016).
- Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudos*, 14(3), 485-490.
- Duarte, G.; Quintana, S. M. (2020). Infecção pelo SARS-CoV 2 em obstetria: enfrentando o desconhecido. *Femina*.
- Farrales LL, Cacciatore J, Jonas-Simpson C, Dharamsi S, Ascher J, Klein MC. (2020). O que os pais enlutados desejam que os profissionais de saúde saibam quando seus bebês nascem mortos: um estudo participativo com base na comunidade. *BMC Psychol*.
- Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia. (2020) *Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante pandemia da COVID-19*. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-proto-colo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>
- Flenady, V. et al. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *International journal of obstetrics and gynaecology*. 121, p. 137-140.
-

- Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos* (pp. 17-42). São Paulo, SP: Summus
-
- Franco, M. H. P. (2014). Luto antecipatório em cuidados paliativos. In M. H. P. Franco & K. K. Polido, *Atendimento psicoterapêutico no luto* (pp. 27-35). São Paulo, SP: Zagodoni
- Freud, S. (1976). *Luto e melancolia*. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 271-307). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud S. (1976). *Nossa atitude para com a morte*. In: Freud. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. vol. XIV, p.327-39.
- Freud S. Luto e melancolia, (1917). In: *A história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 243- 63.
- Freitas, N.K. (2000). *Luto materno e psicoterapia breve*. São Paulo: Summus.
- Frizzo, H. C. F. et al. (2017). Mães enlutadas: criação de blogs temáticos sobre a perda de um filho. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 30, n. 2, p. 116-121.
- Fuchs. (1974). *W.Le Immagini dela Morte nella Societa Moderna; sopravvivenze arcaiche e influenze attuali*. Trad.Grazia Dore.Torino; Einaudi.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020). *Coronavírus e gestação*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/coronavirus-e-gestacao>.
- Galvão, G.M.M., Morsch, D.S., Tavares, E.C., Bouzada, M.C.F., Byrd, S.T.E. (2020). Uma dor irreconhecível: perda neonatal e as necessidades dos pais. *Am Int J Human Arts Soc Sei*.
- Garuzi, M.; Achitti, M. C. O.; Sato, C. A.; Rocha, S. A.; Spagnuolo, R. S. (2014). *Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa*. Rev Panam Salud Publica.
- Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*. 19(4).
- Gisell, P. (1949). *L' Enfant de 5 à Ans*. Paris; PUF.
- Gomes, M. A. S. M., Magluta, C., Acioli, L. B., And Albernaz, L. (2022). Maternidades e covid-19: atenção às gestantes e recém-nascidos no contexto da pandemia. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2022, pp. 227-240.
- Gonçalves, P. C.; (2016). Bittar, C. M. L. Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças-Psicologia da saúde*, v. 24, n. 1.
- Guan, W. J. Et Al.(2020). Clinical Characteristics Of Coronavirus Disease 2019 In China. *The New England Journal Of Medicine*, Boston.
- Heazell, A.E.P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z.A., et al.(2016). Natimortos: consequências econômicas e psicossociais. *Lanceta*.

- Hoffmann, M. et al. (2020) Sars-Cov-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.cell.2020.02.052>.
- Hutti, M. (2005) Social and professional support needs of families alter perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 34(5).
- Iaconelli, V. (2007). Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4) 614-623.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015).
- Li, Q, et al. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*.
- Kennell, J. & Klaus, M. (1992). Atendimento aos pais de um natimorto ou de um bebê que morre. In J. Kennell & M. Klaus. Pais/bebês: a formação do apego. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Kersting, A. & Wagner, B. (2012) *Complicated grief after perinatal loss*. *Dialogues Clin Neurosci*.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.
- Kovács, Maria Júlia (2008). Morte, Separação, Perda e o Processo de Luto. In: kovács, Maria Júlia (Coord.) Morte e Desenvolvimento Humano. 5 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p.149-164.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lansky, S. et al. (2014). Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30
- Lawn, J.E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., et al. (2016). Natimortos: taxas, fatores de risco e aceleração até 2030. *Lancet*.
- Leal, M.C., Pereira, A.P.E., Domingues, R.M.S.M., Theme Filha, M.M., Dias, M.A.B., Nakamura-Pereira, M., et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*.
- Leal, M.C., Landemann, C.S., Almeida, P.V.B., Aquino, E.M.L., Barreto, M.L., Barros, F., Victora, C.N. (2018). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*. 23 (6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.
- Leal, M.C. et al. (2024). Pesquisa Nascido no Brasil II. *Cad Saúde Pública*. Fio Cruz, V4.n4 Abril, Rio de Janeiro. <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/issue/view/376>

- Lima, A.C., Januário, M.C., Lima, P.T., Silva, W.M.(2015). Datasus: o uso dos sistemas de informação na saúde pública. *Rev. FATEC Zona Sul*.
- Lopes, B. G.; et al. (2017). Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. *Revista Rene*.18(3), p. 307-313.
- Lucas, P. (1998) *Querer ser mãe...um longo caminho a percorrer!* Um caso da consulta GEMF (Grupo de Estudos de Morte Fetal). *Análise Psicológica*.
- Magalhães, M. V.; Melo, S. C. A. (2015). Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e saúde em debate*. 1(1).
- Maldonado, M. T. P. (1986). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes.
- Malta, D. C. & Gracie, R. (2020). A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília. 29 (4). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>.
- Meira, S. R. C.; Oliveira, A. S. B.; Santos, C. O. (2021) A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde / The audit's contribution to the quality of health service management. *Brazilian Journal of Business*, Curitiba. 3(1),1021-1033.
- Minayo, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14a Ed. São Paulo: Editora Hucitec.
- Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações Nota Técnica Nº 651/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS
- Muza, J. C., Sousa, E.N., Arrais, A.R., Iaconelli, V. (2003). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicol. teor. prat.* Dez, vol.15, no.3, São Paulo.
- Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* (2014); 30Suppl1. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013 &lng=pt&nrm=iso.
- Oliveira, I. E. de G., Gontijo, R. G., Lins, S. D. de M., da Costa, B. B. M., Andrade, C. H. T., Freitas, J. V. S. A., & da Graça, F. F. B. (2023). A transmissão vertical do vírus SARS-CoV-2: uma revisão de literatura . *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 12166–12177. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-294>
- OPAS. *Folha Informativa sobre COVID-19*. OPAS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/ndex.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
- Organização Mundial da Saúde E Unicef (2014). *Todos os recém-nascidos: um plano de ação para acabar com mortes evitáveis*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Oviedo Soto, S., Urdaneta Carruyo, E., Parra Falcón, F.M., Marquina Volcanes, M.(2009) Duelo materno por muerte perinatal. *Rev Mex Pediatr. [periodico na Internet]*. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095e.pdf>.

- Paris, G.F., Montigny, F., Peloso, S.M. (2016). Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. *Rev esc enferm*; 50.
- Parks, C.M. (2013). *Amor e Perda: As raízes do Luto e suas Complicações*. Londres: Routledge.
- Penello, L., Magalhães, P. *Comunicação de más notícias: uma questão se apresenta*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto nacional do câncer (INCA). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010. p. 23-36.
- Pimentel, J. (2015). *O inquérito "Nascer" e a situação dos partos no Brasil* Rio de Janeiro: Portal DSS. Brasil
-
- Plano Municipal de Saúde de Salvador. Ano 2018-2021 Vol.II; *Distritos Sanitários: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador*, Salvador – Bahia.
- QUEM. (2019) *Por que precisamos conversar sobre a perda de um bebê*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>.
- Reis DO, Araújo EC, Cecílio LCO.(2006). *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde*. UNA-SUS. UNIFESP. Especialização em Saúde da Família.
-
- Rodrigues, J.C.(2017). *Tabu da Morte*. 2ed. Coleção Antropologia e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006
- Rodriguez, M. I. F. (2014). Despedida silenciada: Equipe médica, família, paciente-cúmplices da conspiração do silêncio. *Psicologia Revista*, 23.
- Ryninks, K. et al. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *Pregnancy and childbirth*. 14(1),203.
- Salgado, H.O., Polido, C.A. (2018) *Como Lidar Luto Perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal*. 1ed. São Paulo: Ema Livros.
- Salgado, H.O., Andreucci, C.B., Gomes, A.C.R., Souza, J.P.(2021). O projeto de luto perinatal: desenvolvimento e avaliação de diretrizes de apoio para famílias que vivenciam natimortos e morte neonatal no Sudeste do Brasil - um estudo quase-experimental antes e depois. *Saúde reprodutiva*. 18(5).
- Santos, J. L., Corral-Mulato, S., Bueno, S. M. V. (2014). Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*. 18(3).
- Santos-Filho, S.B. (2014). Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência Saúde Coletiva*.
- Schott, J., Henley, A., Kohner, N. (2016). *A perda da gravidez e a morte de um bebê: orientações para os profissionais*. 4ª ed. Reino Unido: Tantamount em nome de Sands, a instituição de caridade para natimortos e morte neonatal.
-

- Setubal, M.S.V., Antonio, M.A., Amaral, E.M., Boulet, J. (2018). Melhorando as habilidades dos residentes de perinatologia em dar más notícias: um estudo de intervenção randomizado. *Rev Bras Ginecol Obstet*.
- Silva, J.D.D. & Sales, C,A. (2012). Do imaginário ao real: a experiência de pais enlutados. *Rev Rene*.
- Silva, T., Bisognin, P., Prates, L. A., Wilhelm, L., Candido, C., Ressel, L.(2016) As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. *Biblioteca Lascasas*.
- Simonetti, A. (2004). Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souto, D. C.; Schulze, M. D. (2019). Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. *Rev. Psicol. Saúde*. 11(3).
- Souza, A. L., Wottrich, S. H., Seelig, C., et al. (2007). O acompanhamento psicológico a óbitos em unidade pediátrica. *Rev. SBPH*. jun., vol.10.
- Steen, S. E. (2015). Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *International journal of palliative nursing*. 21(2),79-86.
- Sturrock, C. & Louw, J. (2013). Meaning-making after neonatal death: narratives of Xhosa-speaking women in South Africa. *Death Studies*. 37(6); 569-588.
- Torloni, M. R. (2007). Luto perinatal. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole.
- Unicef Brasil (2019). *Mortalidade Materna e na Infância – Mulheres e crianças estão sobrevivendo cada vez mais*.
- Wagner, A.(2011). *Desafios psicossociais da família: pesquisas e reflexões*. Porto Alegre: Artmed.
- Wong, J. et al. (2020). Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Can. J. Anaesth*.67(6); 732-745.
- Wool, C. (2015). Instrument Development: Parental Satisfaction and Quality Indicators of Perinatal Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 17(4);301-308.
- World Health Organization (2018). World health statistics: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. *Geneva*.
- Zhu, N. et al. (2020). *A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019*. *The New England Journal of Medicine*, Boston.
- Zugaib, Marcelo 2016. *Obstetricia*. 3^a ed. Editora Manole São Paulo.
-

APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: PERDA PERINATAL: PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O ACOLHIMENTO NA REDE DE SAÚDE

Nome do pesquisador: Maria Cristina Gomes de Santana

Nome do orientador: Prof^ª Isabella Queiroz

A Sra.^(a) está sendo convidada a participar voluntariamente da pesquisa de mestrado responsabilidade da pesquisadora Maria Cristina Santana e sob orientação da Professora Isabella Queiroz, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Esse estudo visa compreender como o acolhimento às mulheres, que vivenciaram perda gestacional ou neonatal, se expressa na rede de assistência à saúde.

Caso concorde em participar da pesquisa, você responderá uma pergunta da ficha sobre a história da sua gestação e da perda. Não será obrigatório responder.

A entrevistada será feita entre os casos notificados e acompanhados pela pesquisadora na vigilância epidemiológica distrital. O contato inicial será através de ligação telefônica, onde será explicada a pesquisa e agendada previamente uma entrevista em residência ou outro lugar escolhido pela entrevistada e pesquisador, que seja um local seguro, reservado e preferencialmente sozinha, mantendo assim a privacidade. Posteriormente, em um único encontro com previsão de 1h30 de duração, será realizada a entrevista que também poderão ser gravadas em áudio caso permitir. Para assegurar, resguardar e garantir o sigilo dos participantes, será utilizado nomes falsos para as mães.

Em situação de escolha por um local que não seja a residência, ou próximo a residência da participante, o pesquisador se responsabilizará pelos custos financeiros da locomoção da mesma.

Caso resolva participar e em algum momento se sentir desconfortável, constrangida ou mobilizada emocionalmente, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente se assim desejar. Caso necessário e se aceitar, como benefício, você poderá ser encaminhada para atendimento individual por uma psicóloga em um centro de saúde de apoio psicossocial, previamente contactada e discutido as formas de encaminhamento e agendamento pela

pesquisadora que se compromete em seguir todas as normas e diretrizes vigentes direcionadas pelas resoluções 466/12 e 510/16 (Pesquisa com Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, mantendo postura ética diante desta pesquisa e dos participantes da mesma.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será fictício e mantido seu verdadeiro nome em sigilo absoluto, bem como a guarda do material coletado ficara em local seguro, ficando em posse na residência do pesquisador durante 5 anos, sendo incinerado os papeis, descartado todos os materiais e apagadas as gravações.

Você poderá mudar de ideia em qualquer período da pesquisa e deixar de participar mesmo que já tenha concordado inicialmente. Caso não concorde em participar desta pesquisa não terá nenhuma implicação negativa sobre o seu atendimento.

Em qualquer etapa deste projeto, você poderá ter contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, que são: Maria Cristina Santana (Celular 71 93443813/982030496), pelo e-mail cristinasantana@bahiana.edu.br e Isabella Queiroz (71 3276-8265), e-mail isabellaqueiroz@bahiana.edu.br, ou no endereço: Av. Dom João VI, 274 – Brotas – CEP 40.285-001, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, setor de coordenação do Curso de Medicina, Unidade Acadêmica de Brotas, Pavilhão III, 1º andar. Considerando a pandemia do Coronavírus ressaltamos as participantes que qualquer contato com as pesquisadoras deverá ser feito por telefone. Caso a instituição volte ao funcionamento durante a pesquisa, será informado às participantes que a professora Isabella Queiroz poderá ser encontrada às sextas feiras no prédio da pós graduação, Unidade Acadêmica de Brotas, com contato prévio pelo telefone institucional ou e-mail para que a pesquisadora garanta uma agenda de acolhimento.

Não haverá qualquer despesas para o participante do projeto como também não haverá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação.

O resultado desse estudo só poderá ser divulgado e publicado em trabalhos acadêmicos e científicos sem a identificação do participante.

Caso aceite participar da pesquisa após ter lido o texto, rubrique as páginas e a última deverá ser assinada pela participante e pesquisador. Será emitido em duas vias de igual teor, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra via com o participante.

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Eu _____ RG _____, após ter lido o consentimento informado e ter sido suficientemente esclarecido pelo pesquisador e entendido o que me foi explicado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Informo ainda que recebi uma cópia deste documento de igual teor.

Salvador, ____ de _____ de _____

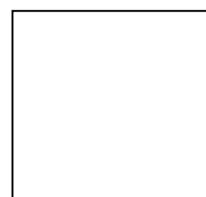
____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Endereço:

Telefone:

Email



Impressão datiloscópica

_____/_____/_____
 Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. Dom João VI, 274 – Brotas – CEP 40.285-001, Salvador/BA. Tel. (71) 2101-1921. E-mail: cep@bahiana.edu.br

Apêndice 2 - Termo de Autorização para Gravação de Voz



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O ACOLHIMENTO NA REDE DE SAÚDE**: poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Maria Cristina Gomes de Santana a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citados em garantir-me os seguintes direitos: 1. poderei ler a transcrição de minha gravação; 2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; 3. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização; e 4. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Salvador, Bahia ____ de _____ de _____

 Assinatura do participante da pesquisa

Endereço:

Telefone:

Email:

 Assinatura da pesquisadora responsável

IMPRESSÃO DIGITAL
 DA
 PARTICIPANTE

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Será emitido em duas vias de igual teor, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra via com o participante.

Apêndice 3 - Instrumento de Coleta de Dados



MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES EM SAÚDE

ORIENTADORA: Prof. Dra ISABELLA QUEIROZ

MESTRANDA: MARIA CRISTINA GOMES DE SANTANA

TEMA DA PESQUISA: PERDA PERINATAL: PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O ACOLHIMENTO NA REDE DE SAÚDE

CASO N° _____

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome da Entrevistada _____

Data da Coleta _____ **Hora da coleta** _____

Endereço _____ **Contato** _____

Óbito _____ **(Fetal ou Infantil)** **Tempo de duração da Gestação** _____

Número da Declaração de Óbito _____

Data do Nascimento _____

Data do Óbito _____

Local do Óbito _____

Causa Óbito _____

PERGUNTA DISPARADORA:

Relate como foi a sua experiência durante o processo de acolhimento pela equipe de saúde em toda a sua assistência, durante e após a perda de seu filho (a).

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Investigação do Óbito Infantil- Entrevista Domiciliar



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

13

Nº do Caso

--	--	--	--

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Entrevista domiciliar

1 Nome da Criança	
2 Nome da mãe	
3 Nº da Declaração de Óbito	4 Data do óbito
5 Nº da Declaração de Nascimento Vivo	6 Data de Nascimento
7 Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	8 Peso ao Nascer
9 Idade ao óbito	
10 Nº do Cartão SUS	
11 Equipe / PACS / PSF	
12 Centro de Saúde / UBS	
13 Distrito Sanitário / Administrativo	
14 Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av)	
Bairro	
Distrito / Povoado	
Local	
Município de residência	
UF	
16 Esta entrevista deve ser complementada com a Autopsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinalado	
<input type="checkbox"/> o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO)	
<input type="checkbox"/> a DO foi emitida no cartório, sem médico	
<input type="checkbox"/> a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada	
<input type="checkbox"/> os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte	
CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA	
17 Nome do(a) entrevistado(a)	
17.1 Relação com a criança falecida	
18 Quantas pessoas moram nesta casa?	
19 Quantos cômodos são usados para dormir?	
20 Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	
21 Há algum fumante residente nesta casa?	
22 Qual a idade da mãe?	
23 A mãe tem trabalho remunerado?	
24 Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)?	
25 A mãe vive com o pai da criança / companheiro?	
26 Qual a cor da pele da criança?	
27 Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	
27.1 Essas gravidezes resultaram em	
27.2 Tipo(s) de parto(s)	
27.3 Qual a data do último parto?	

28 Dos filhos que nasceram vivos, algum outro morreu? (excluir este caso) Sim Não não se aplica não sabe

28.1 Que idade tinha e de quê morreu?

Idade _____ Causa da morte _____

Idade _____ Causa da morte _____

Idade _____ Causa da morte _____

29 Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo Mãe Pai Parente adulto

Outra criança Outro. Especificar _____ não sabe

30 A gravidez foi planejada? sim não, mas aceitou bem não e nunca aceitou bem não sabe

GESTACÃO E PRÉ NATAL

Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.

31 Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos? sim não não sabe

32 A gravidez foi única gemelar trigemelar ou mais não sabe

33 A mãe fez pré-natal? sim não não sabe

33.1 Se não fez pré-natal, por quê não?

33.2 Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação? _____ meses não sabe

33.3 Se tardio (após primeiro trimestre), por que? _____ não sabe

33.4 Quantas consultas fez no pré-natal? _____ consultas não sabe

33.5 A mãe tomou vacina contra tétano? sim não não sabe

33.6 Quantas doses? _____ doses não sabe

33.7 Qual o grupo sanguíneo e o Fator Rh (tipo de sangue) da mãe? Grupo positivo negativo não sabe

33.8 Local (is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)

33.9 Tipo de consultório SUS Convênio Particular não sabe

33.10 Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a

Consulta no Centro de Saúde Sim. Especificar _____ Não não sabe

Pré-natal de alto risco Sim. Especificar _____ Não não sabe

Exames Sim. Especificar _____ Não não sabe

Ultra-som Sim. Especificar _____ Não não sabe

Medicamentos Sim. Especificar _____ Não não sabe

34 Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto? sim Não não sabe

34.1 Qual o nome da maternidade indicada?

35 Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal? ótimo bom regular ruim não sabe

Por que? _____

36 O cartão de pré-natal está completo?

Completo significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais e imunização para tétano, de acordo com a idade gestacional.

sim não cartão/caderneta não disponível não se aplica

36.1 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

37	Durante a gravidez, a mãe apresentou			
	<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> edema/ inchaço importante pela manhã	<input type="checkbox"/> Rh negativo
	<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
	<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV / Aids	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> outra. Especificar _____			
37.1	Houve tratamento?		<input type="checkbox"/> sim, qual _____	<input type="checkbox"/> não sabe
			<input type="checkbox"/> Não, por que? _____	
37.2	Em que época da gravidez		no _____ mês de gestação	ou a partir do _____ mês de gestação
38	Durante a gestação, a mãe fez uso de			
	Cigarro	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____ vezes por dia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
	Drogas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
	Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
ASSISTÊNCIA AO PARTO				
39	Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde / maternidade) na ocasião do parto?			
	<input type="checkbox"/> Perdeu líquido ou a bolsa rompeu	<input type="checkbox"/> O bebê parou de se mexer	<input type="checkbox"/> Passou o dia de ter o bebê	
	<input type="checkbox"/> Teve sangramento	<input type="checkbox"/> Teve contrações	<input type="checkbox"/> Não sabe	
	<input type="checkbox"/> Outro motivo. Especificar _____			
39.1	Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo		_____ horas	_____ dias
			<input type="checkbox"/> Não sabe	
39.2	Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento?		_____ horas	_____ dias
			<input type="checkbox"/> Não sabe	
40	Quando rompeu a bolsa d'água?		<input type="checkbox"/> Só na hora do parto	<input type="checkbox"/> < 12 h antes do parto
			<input type="checkbox"/> 12 – 24 h antes do parto	<input type="checkbox"/> mais de 24 h antes do parto
			<input type="checkbox"/> Não sabe	
40.1	Como estava o líquido?		<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Escuro (com cocô/meconônio)
			<input type="checkbox"/> Com sangue	<input type="checkbox"/> Não sabe
40.2	O líquido tinha mau cheiro?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> não sabe	
41	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?		<input type="checkbox"/> semanas ou	<input type="checkbox"/> meses
			<input type="checkbox"/> não sabe	
42	O parto ocorreu:		<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde
			<input type="checkbox"/> No hospital / maternidade	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____
			<input type="checkbox"/> não sabe	
42.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?			
42.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Não foi indicado hospital	<input type="checkbox"/> não sabe
42.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?			
43	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?			
	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital	
	<input type="checkbox"/> Não. Por que _____		<input type="checkbox"/> não sabe	
43.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.			

44	Como a mãe foi transportada na hora do parto?			
	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Carro da polícia
	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Parto foi domiciliar/Não foi transportada		<input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____
			<input type="checkbox"/> não sabe	
45	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?			
	<input type="checkbox"/> menos de 30 minutos		<input type="checkbox"/> de 30 minutos a duas horas	<input type="checkbox"/> duas horas ou mais
			<input type="checkbox"/> não sabe	
46	Estava com acompanhante na sala de parto?		<input type="checkbox"/> sim, quem? _____	<input type="checkbox"/> não
			<input type="checkbox"/> não sabe	

47	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?	<input type="checkbox"/> dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/> toque vaginal	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> medida de PA	<input type="checkbox"/> ausculta do bebê	<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
47.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?	<input type="checkbox"/> sim, normais	<input type="checkbox"/> não, antes do início do trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> sim, anormal antes do início do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não, durante o trabalho de parto	
		<input type="checkbox"/> sim, anormal durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> não sabe	
48	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira
		<input type="checkbox"/> pariu sozinha	<input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> não sabe
49	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> não se aplica
		<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe
49.1	Por quê?			
INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE				
50	O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
51	O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
52	Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez?	<input type="checkbox"/> imediatamente	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> mais de 1 hora. Quantas horas?	<input type="checkbox"/> não sabe
			<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> horas	
53	O bebê mamou no peito na primeira hora de vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
54	O bebê teve algum problema no nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
54.1	Se sim, qual?			
55	Ficou internado quando nasceu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
55.1	Se sim, por quanto tempo?	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe	
56	Foi indicado ficar na UTI?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
56.1	Se sim, qual o motivo?			
56.2	Houve dificuldade para conseguir vaga?	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar. <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	
56.3	Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> horas ou	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
57	Foi transferida para outro hospital?	<input type="checkbox"/> Sim. Porque <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe	
57.1	Para qual hospital a criança foi transferida?	Nome <input type="text" value=""/>		
57.2	Como foi transportada para o outro hospital?	<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> SAMU
		<input type="checkbox"/> outro. Especificar <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> não sabe	
58	Durante a internação, a mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não se aplica <input type="checkbox"/> não sabe
59	Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital?	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
		<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> não sabe
60	O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida?	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> dias		

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE			
61	Quando teve alta do hospital após o parto?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(data)
62	Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque <input type="text"/> <input type="checkbox"/> não sabe
63	Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a		
	<input type="checkbox"/> Aleitamento	<input type="checkbox"/> Vacinas	<input type="checkbox"/> Não recebeu
	<input type="checkbox"/> Retornar na maternidade	<input type="checkbox"/> Teste do pezinho	<input type="checkbox"/> não sabe
	<input type="checkbox"/> Cuidados com o umbigo	<input type="checkbox"/> Observação de Icterícia	<input type="checkbox"/> Consulta com especialista. Qual <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Procurar o Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Outros. Especificar <input type="text"/>	
64	O bebê mamou no peito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
64.1	Durante quanto tempo?	<input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
65	Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite	<input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe
66	Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
66.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Convênio/Particular <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> não sabe
66.2	Nome(s) <input type="text"/>		
66.3	Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde?	(data ou idade da criança) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
66.4	Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
67	Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
67.1	Se sim, por quê? <input type="text"/>		
68	Dados do Cartão / Caderneta da Criança		
68.1	Vacinação completa para a idade da criança	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
68.2	Último peso registrado foi de	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gramas	na idade de <input type="text"/> <input type="text"/> dias ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses
69	Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
69.1	Se sim, quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes	
69.2	Por que e onde?		
	1. motivo <input type="text"/>	no Hospital <input type="text"/>	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	2. motivo <input type="text"/>	no Hospital <input type="text"/>	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	3. motivo <input type="text"/>	no Hospital <input type="text"/>	na data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
Algumas questões deste bloco admitem mais de uma resposta. Durante a entrevista, enfatizar que se refere apenas à doença que levou à morte.			
70	Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?	<input type="checkbox"/> febre	<input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> desmaio <input type="checkbox"/> acidente
		<input type="checkbox"/> cansaço	<input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> outros. Especificar <input type="text"/>	
71	Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas ou <input type="text"/> <input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe
72	Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
72.1	Se sim, o que foi feito? <input type="text"/>		

73 Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?

Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança, em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.

Quadro sobre o atendimento da criança durante a doença que levou à morte

Ordem	Data	Nome do Serviço de saúde	Bairro/Município	Tipo	Atendido por	Resultado	Problemas	Diagnóstico

Legenda para preenchimento do quadro acima (as quatro colunas especificadas)

Tipo (de serviço procurado)	Atendido por	Resultado (do atendimento prestado)
1. Unidade Básica de Saúde (UBS)	1. Médico Generalista	1. Não foi atendido
2. Urgência / Emergência	2. Médico Pediatra	2. Atendido sem internação
3. Maternidade (SUS)	3. Enfermeiro	3. Internado
4. Hospital (SUS)	4. Auxiliar / Técnico de enfermagem	4. Outro. Especificar
5. Médico/Hospital particular/convênio	5. Agente Comunitário de Saúde (ACS)	99. não sabe
6. Outro (especificar)	6. Outro. Especificar	
99. não sabe	99. não sabe	

Problemas (encontrados)

1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/exames	4. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde
2. Qualidade do atendimento não satisfatório	5. Outro. Especificar
3. Dificuldade de acesso à medicação	99. não sabe

73.1 Observações sobre esta questão

74 Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?

Incluir dificuldades/ facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.

74.1 C.S./Consultório/ Serviço de urgência

<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Não sabe

74.2 Hospital (na doença que causou a morte)

<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> não se aplica
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Não sabe

75 O óbito ocorreu no hospital em outro estabelecimento de saúde no domicílio no trajeto para o serviço de saúde em via pública outro. Especificar _____ Não sabe

76 Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

77 O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

78 Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

79 Repercussões do óbito na família

80 Esta entrevista deve prosseguir com a **Autópsia Verbal Formulário 1**: criança menor de um ano (AV1)?

sim não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado

81 Data da entrevista

82 Responsável pela investigação

Nome _____ Carimbo e rubrica _____

Anexo 2 - Ficha de Investigação do Óbito Infantil - Entrevista Domiciliar



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

F3

Ficha de Investigação do óbito fetal

Nº do Caso

Entrevista domiciliar

1	Nome da mãe		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	5	Peso ao nascer _____ gramas
6	Idade gestacional _____ meses		<input type="checkbox"/> não sabe
7	Nº do Cartão SUS da mãe	8	Equipe / PACS / PSF <input type="checkbox"/> sem cobertura
9	Centro de Saúde / UBS	10	Distrito Sanitário / Administrativo
11	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)		Nº _____ Compl. _____
	Bairro _____	Distrito / Povoado _____	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
12	Município de residência _____	UF	____
CARACTERÍSTICA DA MÃE E DA FAMÍLIA			
13	Nome do(a) entrevistado(a) _____		
13.1	Relação com a criança falecida	<input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
14	Quantas pessoas moram nesta casa?	____ pessoas	<input type="checkbox"/> não sabe
15	Quantos cômodos são usados para dormir?	____ cômodos	<input type="checkbox"/> não sabe
16	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	____ torneiras (pontos de água)	<input type="checkbox"/> não sabe
17	Há algum fumante residente nesta casa?	<input type="checkbox"/> Sim, quantos _____ <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
18	Qual a idade da mãe? _____ anos	19	A mãe tem trabalho remunerado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
20	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação) _____ série _____ grau _____		<input type="checkbox"/> não sabe
21	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe
22	Qual a cor da pele da mãe da criança?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> não sabe	
23	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	____ vezes	<input type="checkbox"/> não sabe
23.1	Essas gravidezes resultaram em	<input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> nascidos vivos <input type="checkbox"/> nascidos mortos	<input type="checkbox"/> não sabe
23.2	Tipo(s) de parto(s)	<input type="checkbox"/> partos normais <input type="checkbox"/> partos cesáreos	<input type="checkbox"/> não sabe
23.3	Qual a data do último parto?	____	<input type="checkbox"/> não sabe
24	Dos filhos que nasceram vivos, algum morreu?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
24.1	Que idade tinha e de quê morreu?		
	Idade _____	Causa da morte _____	
	Idade _____	Causa da morte _____	
	Idade _____	Causa da morte _____	

25	Quem cuidava da criança falecida a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> parente adulto		
		<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> não sabe		
GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL						
Para o preenchimento deste bloco de questões, solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão da gestante, exames, receitas médicas, etc.						
26	A gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não, mas aceitou bem	<input type="checkbox"/> não e nunca aceitou bem	<input type="checkbox"/> não sabe	
26.1	Teve acesso à informação e aos métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
27	A gravidez foi	<input type="checkbox"/> única	<input type="checkbox"/> gemelar	<input type="checkbox"/> trigemelar ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe	
28	A mãe fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.1	Se não fez pré-natal, por que não?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe	
28.2	Iniciou o pré-natal com quantos meses de gestação?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.3	Se tardio (após primeiro trimestre), por que?	_____			<input type="checkbox"/> não sabe	
28.4	Quantas consultas fez no pré-natal?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> consultas	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.5	A mãe tomou vacina contra tétano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.6	Quantas doses?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> doses	<input type="checkbox"/> não sabe		
28.7	Local(is) onde fez o pré-natal (Hospital/UBS/Outros)	_____ _____ _____				
28.8	Tipo de consultório	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> não sabe	
28.9	Durante a gravidez, teve alguma dificuldades no pré-natal em relação a:					
	<input type="checkbox"/> Consulta no Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Pré-natal de alto risco	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Exames	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Ultra-som	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim. Especificar _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
29	Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> não sabe		
29.1	Qual o nome da maternidade indicada?	_____				
30	Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim	<input type="checkbox"/> não sabe
	Por que?	_____				
31	O cartão de pré-natal está completo?	Completo(a) significa, no mínimo: 6 consultas, 8 exames laboratoriais, imunização para tétano) de acordo com a idade gestacional				
		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> cartão/caderneta não disponível	<input type="checkbox"/> não se aplica	

31.1 Transcrever para o quadro abaixo o cartão/a caderneta de pré-natal

Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Exames (inclusive US)	Observações/conduita

32 Durante a gravidez, a mãe apresentou

pressão alta diabetes edema/ inchaço importante pela manhã Rh negativo
 doença do coração sífilis corrimento vaginal com mau cheiro nenhuma doença/problema
 infecção urinária HIV/ Aids ataque, epilepsia ou convulsões não sabe
 outro. Especificar _____

32.1 Houve tratamento? sim, qual _____
 não, por que? _____ não sabe

32.2 Em que época da gravidez? no _____ mês de gestação ou a partir do _____ mês de gestação

33 Durante a gestação, a mãe fez uso de

Cigarro Sim. Especificar _____ vezes por dia Não não sabe
 Drogas Sim. Especificar _____ Não não sabe
 Bebidas alcoólicas Sim. Especificar _____ Não não sabe

ASSISTÊNCIA AO PARTO

34 Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde/maternidade) na ocasião do parto?

Perdeu líquido ou a bolsa rompeu O bebê parou de se mexer Passou o dia de ter o bebê
 Teve sangramento Teve contrações Não sabe
 Outro motivo. Especificar _____

34.1 Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto? horas dias Não sabe

34.2 Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento? horas dias Não sabe

35 Quando rompeu a bolsa d'água? Só na hora do parto < 12 h antes do parto
 12 – 24 h antes do parto mais de 24 h antes do parto Não sabe

35.1 Como estava o líquido? Claro Escuro Com sangue Não sabe

35.2 O líquido tinha mau cheiro? Sim Não não sabe

36	De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	semanas	ou	<input type="text"/>	<input type="text"/>	meses	<input type="checkbox"/>	não sabe		
37	O parto ocorreu:	<input type="checkbox"/>	No domicílio	<input type="checkbox"/>	No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/>	No hospital / maternidade	<input type="checkbox"/>	Outros. Especificar	<input type="checkbox"/>	não sabe	
37.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?											
37.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não foi indicado hospital	<input type="checkbox"/>	não sabe			
37.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?											
38	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?											
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital					<input type="checkbox"/>	não sabe		
	<input type="checkbox"/>	Não. Por que								<input type="checkbox"/>		
38.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.											
39	Como a mãe foi transportada na hora do parto?											
	<input type="checkbox"/>	Taxi	<input type="checkbox"/>	Ambulância/SAMU	<input type="checkbox"/>	Carro particular	<input type="checkbox"/>	Carro da polícia	<input type="checkbox"/>	Ônibus		
	<input type="checkbox"/>	Parto foi domiciliar/Não foi transportada		<input type="checkbox"/>	Outros. Especificar		<input type="checkbox"/>	não sabe				
40	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?											
	<input type="checkbox"/>	menos de 30 minutos		<input type="checkbox"/>	de 30 minutos a duas horas		<input type="checkbox"/>	duas horas ou mais		<input type="checkbox"/>	não sabe	
41	Estava com acompanhante na sala de parto?											
	<input type="checkbox"/>	sim, quem?					<input type="checkbox"/>	não		<input type="checkbox"/>	não sabe	
42	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?											
	<input type="checkbox"/>	dinâmica uterina/avaliação contração		<input type="checkbox"/>	toque vaginal		<input type="checkbox"/>	Não		<input type="checkbox"/>	não sabe	
	<input type="checkbox"/>	medida de PA		<input type="checkbox"/>	ausculta do bebê		<input type="checkbox"/>	não se aplica		<input type="checkbox"/>	não sabe	
42.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?											
	<input type="checkbox"/>	sim, normais				<input type="checkbox"/>	não, antes do início do trabalho de parto					
	<input type="checkbox"/>	sim, anormal antes do início do trabalho de parto				<input type="checkbox"/>	não, durante o trabalho de parto					
	<input type="checkbox"/>	sim, anormal durante o trabalho de parto				<input type="checkbox"/>	não sabe					
43	Quem fez o parto?											
	<input type="checkbox"/>	médico	<input type="checkbox"/>	enfermeira	<input type="checkbox"/>	parteira	<input type="checkbox"/>	pariu sozinha	<input type="checkbox"/>	outro	<input type="checkbox"/>	não sabe
44	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê											
	<input type="checkbox"/>	ótimo		<input type="checkbox"/>	regular		<input type="checkbox"/>	não se aplica				
	<input type="checkbox"/>	bom		<input type="checkbox"/>	ruim		<input type="checkbox"/>	não sabe				

Anexo B - Carta de Anuência Institucional



Secretaria
da Saúde

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SMS
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 09 de dezembro de 2019.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador, e o Distrito Sanitário de Brotas, declaram-se conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas, as Resoluções do CNS 466/2012 e Nº 510/2016, estando ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos envolvidos em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa denominado: PERDA PERINATAL: PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O ACOlhIMENTO NA REDE DE SAÚDE. O objetivo deste estudo é compreender como o acolhimento às mulheres, que vivenciaram perda gestacional ou neonatal, expressa-se na rede de assistência à saúde.

Esta pesquisa será desenvolvida pelos pesquisadores responsáveis Profª. Drª. Isabela Queiroz, orientadora e Maria Cristina Gomes de Santana, mestranda. As pesquisadoras apresentaram o projeto à Subcoordenadora de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta Secretaria obtendo o Parecer Nº 099/2019 e este Termo de Anuência Institucional (TAI), para sua condução após a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisas da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Atenciosamente,



Melícia Silva Reis Góes
Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS

OBS. Este TAI não permite acesso ao locus de pesquisa para coleta de dados. A pesquisa só poderá ter início após envio de ofício de autorização desta Subcoordenadora de Capacitação ao Distrito Sanitário e/ou unidade requisitada.

Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERDA PERINATAL: PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O ACOLHIMENTO NA REDE DE SAÚDE

Pesquisador: Isabella Regina Gomes de Queiroz

Área Temática: Genética Humana:

(Haverá armazenamento de material biológico ou dados genéticos humanos no exterior e no País, quando de forma conveniada com instituições estrangeiras ou em instituições comerciais;);

Versão: 4

CAAE: 29643119.1.0000.5544

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO BAHIANA PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.375.415

Apresentação do Projeto:

Para muitas mulheres a maternidade ainda é uma meta a ser alcançada, onde a expectativa social gira em torno do nascimento, e da perpetuação da geração e da tradição familiar. Entretanto, existem situações em que ocorrem intercorrências no período gravídico puerperal que vem se opor a essa perspectiva. A dor da perda e para muitas mulheres a dor da morte de um sonho, como nos casos de inseminações sem sucesso, ou de um filho, em qualquer período gestacional (mesmo em curto tempo existencial) acarretam desdobramentos de sofrimento para aqueles que gestam. Podendo levar a algum transtorno psíquico, como ansiedade ou depressão, dentro de um ano após a perda, e podem desenvolver distúrbios psíquicos com capacidade para influenciar eventuais gravidezes posteriores e o relacionamento com o bebê seguinte.

Objetivo da Pesquisa:

-Objetivo primário: Compreender como o acolhimento às mulheres, que vivenciaram perda gestacional ou neonatal, se expressa na rede de assistência à saúde.

-Objetivos secundários: 1) Identificar a presença e o fluxo de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização em situações de perdas perinatais. 2) Conhecer a percepção de mulheres em relação às abordagens e condutas da equipe de saúde ao sofrimento psíquico, diante

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.375.415

de suas perdas gestacionais e neonatais;3)Elaborar um protocolo de acolhimento, em saúde interdisciplinar, envolvido com o desafio de contribuir na melhoria da assistência as mulheres que viveram perdas perinatais, em situação de sofrimento psíquico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo autora:

- Risco: Participante ser mobilizada emocionalmente e desencadear sofrimento ao compartilhar informações de vivência pessoal, e/ou constrangimento, ou mesmo alterações de comportamento motivadas pela gravação da entrevista.

-Benefícios: Serão diretos, visto que as participantes poderão vivenciar e obter proveito da assistência terapêutica, caso aceite. E indiretos, uma vez os resultados poderão possibilitar a inclusão da estratégia para aperfeiçoar e fortalecer a assistência as mulheres em situação de perda, contribuindo na melhoria da qualidade da assistência verticalizada dando espaço para uma atenção integral humanizada e dialógica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia:

- 1) local do estudo: Distrito Sanitário de Brotas em Salvador-Bahia, campo de pratica de trabalho do pesquisador;
- 2) Período do estudo: Entre os anos de 2020 a 2021, com coleta de dados no primeiro semestre de 2020;
- 3) Etapas da pesquisa:a) Coleta de dados - Consultas ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde(DATASUS).Será coletado o nome, idade,endereço, local de ocorrência do óbito causa óbito e idade)(entre os meses 01 a 03 de 2020),e entrevista(entre meses 03 a 06 de 2020.)
- 4) População alvo: Residentes no Distrito Sanitário de Brotas na cidade de Salvador – Bahia;
- 5)Tamanho amostras - 10 participantes;6) Método de recrutamento: Agendamento individual por contato telefônico, quando serão prestadas informações, esclarecimentos e retirada de duvidas sobre a pesquisa. No segundo momento, será realizado um único encontro onde ocorrerá a entrevista em um lugar neutro, estabelecido e aceito por ambos (a entrevistada e pesquisadora), no ato do agendamento; podendo ser realizada também no próprio domicilio, na unidade de saúde mais próxima da residência ou no distrito sanitário correspondente a área, após aceitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- 7) Método de coleta: primeiro banco de dados DATASUS, posteriormente entrevista a técnica da

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.375.415

Entrevista Semi-estruturada com duração média de 1h30, com uma pergunta disparadora e/ou geradora da resposta como forma de expressar sua história e acontecimentos vividos, como fatos importantes e que façam parte do contexto, com o mínimo de influência do entrevistador, evitando pre-estruturação da entrevista. Respeitando o período inicial da perda, os contatos e entrevistas serão realizadas 90 dias após declarado obito;

8) Instrumentos de coleta: gravador ou celular da entrevistadora para registro das narrativas, onde serão gravadas com autorização prévia da entrevistada com transcrição na íntegra, posteriormente, para análise dos dados. Será realizado um diário de campo pelo pesquisador como apoio descritivo para registro de dados qualitativos;

9) Critério de inclusão: Mulheres com faixa etária maior que 18 anos, que passaram por perdas perinatais nos meses de Janeiro a Março do ano de 2020, com os casos notificados do SIM e investigados pela Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário de Brotas;

10) Critério de Exclusão: Mulheres em situação de impedimento psíquico ou físico/clínico e mulheres que não forem localizadas durante a busca do contato.

11) Tempo de guarda do material - 3 anos; 12) Responsável pela guarda- pesquisador

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Folha de rosto: Devidamente preenchida e assinada.

-Cronograma: Discrimina todas as etapas da pesquisa divergências entre de informações Pb_informacoes básicas do projeto e cronograma corrigido.

-Orçamento: Apresentado no valor de 4.810,00

-TCLE: adequado

-Carta de anuência: anexada e assinada pelo representante institucional

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a reanálise bioética desse protocolo de pesquisa, baseada na resolução 466/12 do CNS/MS e documentos afins, as inadequações apontadas no Parecer Consubstanciado nº 4.302.677 relativas a metodologia e TCLE foram devidamente sanadas nesta versão do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.375.415

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1481870.pdf	16/10/2020 12:14:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	16/10/2020 12:10:06	Maria Cristina Gomes de Santana	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_MODIFICADA.pdf	16/10/2020 12:08:05	Maria Cristina Gomes de Santana	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO.pdf	16/10/2020 12:02:53	Maria Cristina Gomes de Santana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MODIFICADO.pdf	16/10/2020 12:00:12	Maria Cristina Gomes de Santana	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	10/12/2019 06:55:49	Maria Cristina Gomes de Santana	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	10/12/2019 06:53:33	Maria Cristina Gomes de Santana	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/12/2019 06:03:31	Maria Cristina Gomes de Santana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

SALVADOR, 03 de Novembro de 2020

**Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))**

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br