

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BEATRIZ GONÇALVES LOPES

PERSPECTIVAS MATERNAS SOBRE MORTALIDADE PERINATAL

PONTA GROSSA
2018

BEATRIZ GONÇALVES LOPES

PERSPECTIVAS MATERNAS SOBRE MORTALIDADE PERINATAL

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa, área de Ciências da Saúde.

Orientadora: Profª Drª Pollyanna Kassia de Oliveira Borges

Co-orientadora: Profª Drª Marcia Regina Carletto

PONTA GROSSA
2018

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

L864 Lopes, Beatriz Gonçalves
 Perspectivas maternas sobre mortalidade
 perinatal/ Beatriz Gonçalves Lopes. Ponta
 Grossa, 2018.
 108f.

 Dissertação (Mestrado em Ciências da
 Saúde - Área de Concentração: Atenção
 Interdisciplinar em Saúde), Universidade
 Estadual de Ponta Grossa.

 Orientadora: Prof^a Dr^a Pollyanna Kassia
 de Oliveira Borges.

 Coorientadora: Prof^a Dr^a Marcia Regina
 Carletto.

 1.Mortalidade perinatal. 2.Mortalidade
 infantil. 3.Saúde Pública. 4.Luto.
 5.Pesquisa interdisciplinar. I.Borges,
 Pollyanna Kassia de Oliveira. II.
 Carletto, Marcia Regina. III. Universidade
 Estadual de Ponta Grossa. Mestrado em
 Ciências da Saúde. IV. T.

CDD: 616.053

BEATRIZ GONÇALVES LOPES

PERSPECTIVAS MATERNAS SOBRE MORTALIDADE PERINATAL

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, Mestrado em Ciências da Saúde, Área de concentração em Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 04 de maio de 2018.



Pollyanna Kássia de Oliveira Borges
Doutora em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Ponta Grossa



Gisele Ferreira Paris
Doutora em Enfermagem – Universidade Estadual do Oeste do Paraná



Erildo Vicente Muller
Doutor em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Ponta Grossa

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a permissão de chegar até aqui, por toda força concedida na concretização desse sonho, e pelo seu amor que nunca se esgota. Além disso, agradeço a Ele por todas as pessoas que cruzaram meu caminho e que estão aqui citadas.

Dentre todas essas pessoas, agradeço em primeiro lugar a quem me ajudou e incentivou a integrar esse ambiente. A Professora Doutora Pollyanna Kássia de Oliveira Borges, muito obrigada, pelo estímulo à pesquisa, pela confiança, pela amizade, pelos conselhos, pelo cuidado, enfim, por me permitir fazer parte de sua vida.

À Professora Doutora Marcia Regina Carletto, minha co-orientadora, agradeço por todos os ensinamentos oferecidos em diversos momentos desde que nos conhecemos.

Às mães que participaram desta pesquisa, pela disposição em dividir suas histórias, mesmo se tratando de um assunto tão delicado e doloroso. Admiro-as por sua força e peço que Deus as abençoe!

Aos meus pais, Elaine e José, minhas bases, minha imensa gratidão, meu respeito, minha admiração e minha devoção, intransponíveis em palavras. Obrigada por tanto amor, por tudo o que sou, por cada oração, por terem me proporcionado educação e amor pelos estudos.

Ao meu marido, Diogo, meu equilíbrio, pela sua incansável boa vontade em me ajudar, pelos fins-de-semana ao meu lado, só para me fazer companhia, compartilhando meus ideais e incentivando-me a prosseguir, insistindo para que eu avançasse cada vez mais um pouquinho. Enfim, por estar incessantemente ao meu lado, sendo muito mais do que se pode esperar.

À minha família e amigos, por sempre estarem presente e serem meu porto seguro, por todo incentivo e alegria que me proporcionam.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A motivação para a realização deste estudo surgiu de minha trajetória na graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Ponta Grossa. Na realização do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) em 2015, comecei a estudar com a Prof^a Dr^a Pollyanna Kássia de Oliveira Borges sobre mortalidade infantil. Como já tínhamos o número de óbitos em nossa cidade e os determinantes dos óbitos, decidimos estudar como as mães que perdem um filho vivenciam esse momento angustiante e que ferramentas se utilizam para se reerguer.

Realizamos um estudo com 9 mães que residiam em um determinado bairro de Ponta Grossa, que tinham perdido um filho menor de um ano, obtivemos resultados significativos, mas ainda com uma amostra pequena e pontual.

Ao entrar no Mestrado em Ciências da Saúde no ano de 2016, decidimos estudar a mortalidade perinatal. Dessa forma, buscamos e ouvimos as mães que perderam um filho nesse período e que gostariam de dividir a sua história. Mesmo sabendo que se trata de um assunto delicado, visualizamos a importância de escutar como essas mães enlutadas foram atendidas nos serviços de saúde, possibilitando verificar falhas na assistência e viabilidade para mudanças com a finalidade de diminuir as taxas de mortalidade perinatal.

Como fruto dessa dissertação, foi criado um documentário com 8 mães que fizeram parte deste estudo e aceitaram dividir suas histórias. Esse trabalho teve como finalidade apoiar outras mães que vivenciam situação semelhante. O vídeo foi produzido pelo Departamento de Jornalismo, pelos professores Felipe Simão Pontes e Cíntia Xavier, e as alunas Ana Letícia Rodrigues Istschuk e Mirna Bazzi e está disponível no Youtube, intitulado como: "Quem vê minha dor!".

Particularmente, esse estudo mudou minha forma de olhar para vida e meus pacientes, e que ao começar a trabalhar na prática na obstetrícia, eu lembre de cada mãe que compartilhou sua história!

Por fim, desejo que essa dissertação acalente o coração de mães que vivenciam momento parecido e desperte os profissionais da saúde para uma assistência humanizada e integral.

Boa leitura a todos!

LOPES, Beatriz Gonçalves. **Perspectivas maternas sobre mortalidade perinatal.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

RESUMO

Estudo qualitativo de natureza interpretativa realizado com mães que vivenciaram a perda de um filho no período perinatal, a fim de apresentar os cenários da mortalidade perinatal, de acordo com a perspectiva materna e evidências epidemiológicas. Os achados deste estudo indicam que 52% das mães participantes da pesquisa foram classificadas como de baixo risco gestacional ou risco intermediário e que 78,27% das mortes dos bebês eram evitáveis. Também, destaca-se que o processo do luto é contínuo, doloroso e perdura, e as dificuldades vivenciadas pelas mães evidenciam que as mesmas não são assistidas integralmente por uma equipe de saúde capacitada para ajudar nessa situação angustiante. Dessa maneira, evidencia a necessidade de uma rede de apoio no momento que a mãe recebe a notícia do óbito do seu filho e que esse cuidado perdure até que a enlutada encontre um significado para sua perda. Assim, conclui-se a importância de uma equipe interdisciplinar, para o cuidado integral e ainda, garantir uma assistência humanizada com qualidade.

Palavras-chave: Mortalidade Perinatal. Mortalidade Infantil. Saúde Pública. Luto. Pesquisa Interdisciplinar.

LOPES, Beatriz Gonçalves. **Maternal perspectives on perinatal mortality.** Dissertation (Master Degree in Health Sciences) - State University of Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

ABSTRACT

A qualitative study of an interpretative nature performed with mothers who experienced the loss of a child in the perinatal period, in order to present the scenarios of perinatal mortality according to maternal perspective and epidemiological evidence. The findings of this study indicate that 52% of the mothers participating in the research were classified as having low gestational risk or intermediate risk and that 78.27% of infant deaths were avoidable. It is also noteworthy that the process of mourning is continuous, painful and lasting, and the difficulties experienced by the mothers show that they are not fully assisted by a health team trained to help in this distressing situation. In this way, it is evident the need for a support network the moment the mother receives the news of her child's death and that this care lasts until the bereaved finds a meaning for her loss. Thus, we conclude the importance of an interdisciplinary team, for the integral care and also, guarantee a humanized assistance with quality.

Keywords: Infant Mortality. Perinatal Mortality. Public Health. Bereavement. Interdisciplinary Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Indicadores da mortalidade perinatal	13
Quadro 2 – Processo do luto na perspectiva de Elisabeth Kubler-Ross	18
Quadro 3 – Análise de conteúdo: adaptação da categorização <i>a priori</i> e <i>posteriori</i>	40
Quadro 4 – Análise de conteúdo: definição das unidades de contexto com suas respectivas unidades de registro	41
Quadro 5 – Classificação do peso dos óbitos perinatais	44
Quadro 6 – Classificação dos óbitos perinatais, segundo evitabilidade	45
Quadro 7 – Intercorrências gestacionais	45
Gráfico 1 – Taxa de mortalidade perinatal do estado do Paraná e do município de Ponta Grossa	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Óbitos perinatais segundo condições sócio demográficas de mulheres que vivenciaram a perda perinatal	42
Tabela 2 – Óbitos perinatais segundo tipo de gravidez, mês que iniciou o pré-natal, número de consultas, tipo de parto e óbito	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 MORTALIDADE PERINATAL.....	14
2.2 HISTÓRICO DA TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL.....	17
2.3 LUTO.....	19
2.4 LUTO COMPLICADO.....	21
2.5 LUTO MATERNO.....	22
2.6 INTERCORRÊNCIAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO FETO	24
2.7 ESTRATÉGIAS DE APOIO À RESSIGNIFICAÇÃO.....	25
2.8 EQUIPE DE SAÚDE	29
2.9 LUTO E OS RELACIONAMENTOS FAMILIARES	31
2.10 GRAVIDEZ SUBSEQUENTE	33
3 JUSTIFICATIVA	35
4 OBJETIVOS	36
4.1 OBJETIVO GERAL	36
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	36
5 MATERIAL E MÉTODOS	37
5.1 TIPO DE ESTUDO	37
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	37
5.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	38
5.4 TESTAGEM DO INSTRUMENTO	39
5.5 CONTATO COM AS MÃES.....	39
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
6 RESULTADOS	44
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES, SUAS GESTAÇÕES E BEBÊS FALECIDOS.....	44
6.2 CONTEÚDO DOS DISCURSOS.....	47
6.2.1 Sentimentos maternos frente à morte	48
6.2.2 Quem vê minha dor!	53
6.2.3 Assistência à saúde pela perspectiva materna	55
6.2.4 Ressignificação da perda	60
7 DISCUSSÃO	70
7.1 CAUSA DOS ÓBITOS.....	70
7.2 SENTIMENTOS MATERNOS FRENTE À MORTE.....	75
7.3 ASSISTÊNCIA RECEBIDA	81
7.4 RESSIGNIFICAÇÃO DA PERDA	86
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103

APÊNDICE 2 – Instrumento de pesquisa.....	104
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	106

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil no Brasil demonstra tendência contínua de queda, além de apresentar mudanças em seus determinantes por causa da melhoria nas condições socioeconômicas, transformações demográficas e ações governamentais que ampliaram programas de saúde materno-infantil (BRASIL, 2016). Atualmente, as afecções perinatais são as maiores responsáveis pelas mortes evitáveis dentro do indicador da mortalidade infantil. Estima-se que 62% dos óbitos de nascidos vivos, com peso superior a 1500g, são evitáveis (BRASIL, 2016).

A mortalidade perinatal considera os óbitos ocorridos a partir da 22^a semana de gestação até o 6^o dia de vida completo da criança no grupo de nascidos vivos. Assim, é um indicador capaz de analisar a condição assistencial obstétrica e neonatal, fatores vinculados à gestação, parto e ao recém-nascido, bem como as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde. Dessa forma, quando essa taxa é elevada, levanta-se hipóteses sobre falha na assistência à gestante e ao recém-nascido (SOBIERAY; URBANETZ; TRISTÃO, 2015).

Para o decréscimo dessa taxa, as gestantes devem ser captadas e conhecidas precocemente, além de receber um acompanhamento desde o pré-natal até o pós-parto (HEAZELL et al., 2013). Para a melhoria do cuidado Materno-infantil o Ministério da Saúde vem implantando programas para melhorar a qualidade da assistência e diminuir as taxas de mortalidade infantil (CASSIANO et al., 2014).

No Paraná, o Programa Rede Mãe Paranaense foi instituído em 2012, com a finalidade de garantir que as gestantes sejam assistidas em todas as suas necessidades durante o pré-natal, parto e os dois primeiros anos de vida da criança. Ainda, preconiza-se a captação precoce das gestantes, e que essas sejam estratificadas em risco gestacional habitual, intermediário ou alto risco, assim, devem ser encaminhadas para uma maternidade que atendam seus níveis de complexidade (PARANÁ, 2015).

Quando ocorre o óbito de uma criança o ciclo natural da vida é rompido, a mãe que passa pela perda de um filho apresenta angústia intensificada, choque, raiva e desespero (HILL et al., 2017). Algumas mães também podem

desenvolver problemas físicos e psicológicos e suas consequências podem ser duradouras (BOYDEN et al., 2015).

Cada ser humano que passa pela perda de uma pessoa querida necessita de tempo para vivenciar e ressignificar essa perda. Geralmente, esse período é caracterizado por quatro fases: 1) Aceitar a realidade da perda; 2) Elaborar a dor da perda; 3) Ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu; 4) Reposicionar e continuar sua vida. Considera-se que ao passar por esses estágios finaliza-se o processo do luto (SILVA; CARNEIRO; ZANDONADI, 2017).

Contudo, não é obrigatório que a pessoa enlutada passe por cada uma dessas fases, nem mesmo que cada fase seja vivenciada de forma completa, pois não existe um tempo correto para o processo do luto. O período é dependente da significação da pessoa perdida para o enlutado, o que pode levar dias, meses ou anos. Entretanto, a perda de um filho leva mais tempo para os pais a ressignificarem e seguirem com suas vidas adiante (Id., 2017).

Apesar disso, a ansiedade e o medo das mães que vivenciam a perda de um filho diminuem à medida que recebem apoio dos médicos, enfermeiros e da família. Em longo prazo, o apoio oferecido por um profissional da saúde juntamente com a família, também, diminui fatores estressantes e depressivos em mães que passam pelo luto (FLENADY et al., 2014).

O estudo, que apresentado a seguir, foi construído a partir da necessidade sentida de entender o luto materno na perspectiva das mães que vivenciaram a perda de um filho. Desse modo, objetivou-se identificar os cenários da mortalidade perinatal no município de Ponta Grossa/PR, de acordo com a perspectiva materna e evidências epidemiológicas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesse capítulo será apresentado o referencial teórico para o embasamento desse trabalho, que contempla: mortalidade perinatal, histórico da taxa de mortalidade perinatal, luto, luto complicado, luto materno, intercorrências sobre o desenvolvimento do feto, estratégias de apoio à ressignificação, equipe de saúde, luto e os relacionamentos familiares e gravidez subsequente.

2.1 MORTALIDADE PERINATAL

A taxa de mortalidade perinatal é um indicador capaz de verificar a qualidade assistencial obstétrica e neonatal, fatores vinculados à gestação, parto e ao recém-nascido, bem como às condições de acesso e utilização dos serviços de saúde (SOBIERAY; URBANETZ; TRISTÃO, 2015).

No Brasil, a mortalidade perinatal é considerada a partir da 22ª semana de gestação até o 6º dia de vida completo da criança. Entretanto, em países desenvolvidos, adota-se desde a 20ª semana, pois a sobrevivência de recém-nascidos prematuros tem melhorado após o avanço da tecnologia em saúde (AMINU et al., 2014).

Porém, a Organização Mundial da saúde recomenda que a maioria dos estudos internacionais adote o período perinatal a partir da 28ª semana gestacional, com a finalidade que esse parâmetro seja usado para a comparação com outros estudos mundiais, isso se dá pelos países que possuem pouco desenvolvimento e baixa renda, dessa forma considera-se uma taxa de mortalidade perinatal tardia (AMINU et al., 2014).

Deste modo, a mortalidade perinatal é a junção do período fetal e do período neonatal precoce. A mortalidade fetal representa o risco de morte de um feto nascer sem sinal de vida. Ou seja, são aqueles óbitos que acontecem em produtos da concepção, em que o feto, após a separação da mãe, não apresenta nenhum sinal vital. E a mortalidade neonatal precoce estima o risco de um nascido vivo morrer na primeira semana de vida (BRASIL, 2012).

No Quadro 1, a seguir, são resumidos os indicadores referentes aos óbitos fetais, neonatais precoces e perinatais. Esses são calculados a partir dos dados obtidos nas declarações de óbitos e nas investigações dos comitês de mortalidade fetal e infantil.

Quadro 1 – Indicadores da mortalidade perinatal - BRASIL (2012).

Indicador	Modo de calcular	Interpretação
Mortalidade fetal	$\frac{\text{óbitos fetais}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 1000$	Estima o risco de um feto, com mais de 22 semanas gestacionais, nascer sem sinal de vida.
Mortalidade neonatal precoce	$\frac{\text{óbitos de nascidos vivos menores de 7 dias}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 1000$	Estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida. Além de refletir as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, e a inadequada assistência.
Mortalidade perinatal	$\frac{\text{óbitos fetais} + \text{óbitos neonatais precoces}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 1000$	Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana de vida. Além de refletir a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto.

Fonte: BRASIL. Indicadores e dados básicos – Brasil: capítulo c – mortalidade. Brasília, 2012.

Entre os indicadores de mortalidade perinatal, as cinco condições mais comuns no mundo, responsáveis pelas mortes são: asfixia intraparto, condições médicas maternas (em especial a hipertensão e diabetes), infecções maternas, anomalias congênitas e restrição do crescimento intrauterino (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2016; HEAZELL et al., 2013).

No Brasil, as maiores taxas de mortalidade neonatal são encontradas na região norte e nordeste. Entretanto, as menores taxas, que são vistas na região

sul, sudeste e centro-oeste, quando comparadas com países desenvolvidos, ainda são compreendidas como extremamente altas (LANSKY et al., 2014).

Esses desfechos são resultados da interação de determinantes proximais, intermediários ou distais. Proximais são os determinantes associados à mãe e ao recém-nascido, tais como: peso ao nascer, duração da gestação, idade da mãe e tipo de gravidez. Os intermediários são os fatores assistenciais, tanto no pré-natal, parto e pós-parto. E por fim, os distais que são representados pelos fatores socioeconômicos, os quais dificultam o acesso a uma assistência qualificada (MIRANDA; FERNANDES, 2017).

Assim, o baixo peso ao nascer e a duração da gestação, fatores discutidos na literatura sobre a relação com o aumento da mortalidade, não devem ser analisados de forma isolada. São determinantes que juntamente com outros mediadores, ocasionam o aumento de óbitos perinatais (Id., 2017).

Um estudo realizado em um município do estado de Piauí verificou que a maioria dos óbitos perinatais eram evitáveis (BARRETO; NERY; MENDES, 2011). De igual modo, o Ministério da Saúde afirma que o maior índice de mortes reduzíveis está entre as mortes perinatais (BRASIL, 2016).

As mortes evitáveis são aquelas consideradas preveníveis por uma assistência qualificada dos serviços de saúde, de forma que acompanhe a evolução do conhecimento e da tecnologia. Por isso, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil produziu uma lista de causas de mortes evitáveis para que os serviços de saúde adquiram o conhecimento e implantem ações para a melhoria da qualidade assistencial e conseqüentemente a redução dessas mortes (MALTA et al., 2010).

Para reduzir as mortes evitáveis, o pré-natal deve ser iniciado o mais precoce possível, com a finalidade de cuidar e prevenir intercorrências que possam ocasionar o óbito. Igualmente, a qualidade assistencial no parto deve ser priorizada, ofertando-se suporte necessário para a gestante, em casos habituais e de emergência (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2016; HEAZELL et al., 2013).

Ademais, ao analisar dados sobre a mortalidade perinatal, deve-se considerar como os profissionais de saúde têm ofertado a atenção em saúde para as gestantes, quais tecnologias estão sendo usadas e, se realmente

estava de acordo com a estratificação de risco gestacional da mãe (quando esta é realizada). Para avaliação, os dados devem estar documentados em prontuários, sistemas de informações e outros meios de registro (SUN et al., 2014).

Ainda, as mortes fetais que ocorrem a partir da 22^a semana gestacional, ou quando o feto possui peso $\geq 500\text{g}$ ou comprimento $\geq 25\text{ cm}$, devem ser notificadas com o preenchimento da declaração de óbito. Também, a legislação brasileira determina a vigilância dos óbitos fetais e infantis. Esses óbitos são considerados eventos de investigação obrigatória com o objetivo de identificar os fatores determinantes e planejar estratégias que possam diminuir e evitar a ocorrência de mortes reduzíveis (BRASIL, 2010).

2.2 HISTÓRICO DA TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL

Há décadas, o Ministério da Saúde vem implantando programas para a diminuição da mortalidade infantil. No ano de 2000, foi implantado o Programa de Humanização no Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, proporcionando uma assistência qualificada e humanizada e diminuindo as intervenções desnecessárias (CASSIANO et al., 2014).

Em 2004 aconteceu o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, com o objetivo de reduzir os óbitos em 5% ao ano. Ademais, em 2011 foi criada a Rede Cegonha com um modelo inovador para a atenção à saúde da mulher e da criança, o qual apresenta um cuidado integral para as gestantes, respeitando as suas individualidades (Id., 2014).

A rede cegonha preconiza a autonomia da mulher frente à sua gestação, dando o direito de planejar a reprodução, de receber atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, além de garantir que a criança nasça com segurança, cresça e se desenvolva saudavelmente. As prioridades da rede cegonha são: garantir um pré-natal de qualidade, com acolhimento e avaliação da vulnerabilidade, vinculando a gestante para uma unidade de referência mais próxima e garantindo assistência para a criança até um ano de vida (GUERRA et al., 2016).

Seguindo a perspectiva da Rede Cegonha, no Paraná, foi implantado o Programa Rede Mãe Paranaense em 2012, esse programa é executado até os dias atuais com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e garantir uma assistência integral e com qualidade. De modo a conhecer as condições de moradia das gestantes, seus históricos pessoais e familiares, captá-las precocemente e conseqüentemente diminuir os riscos de morte dessa criança (PARANÁ, 2015).

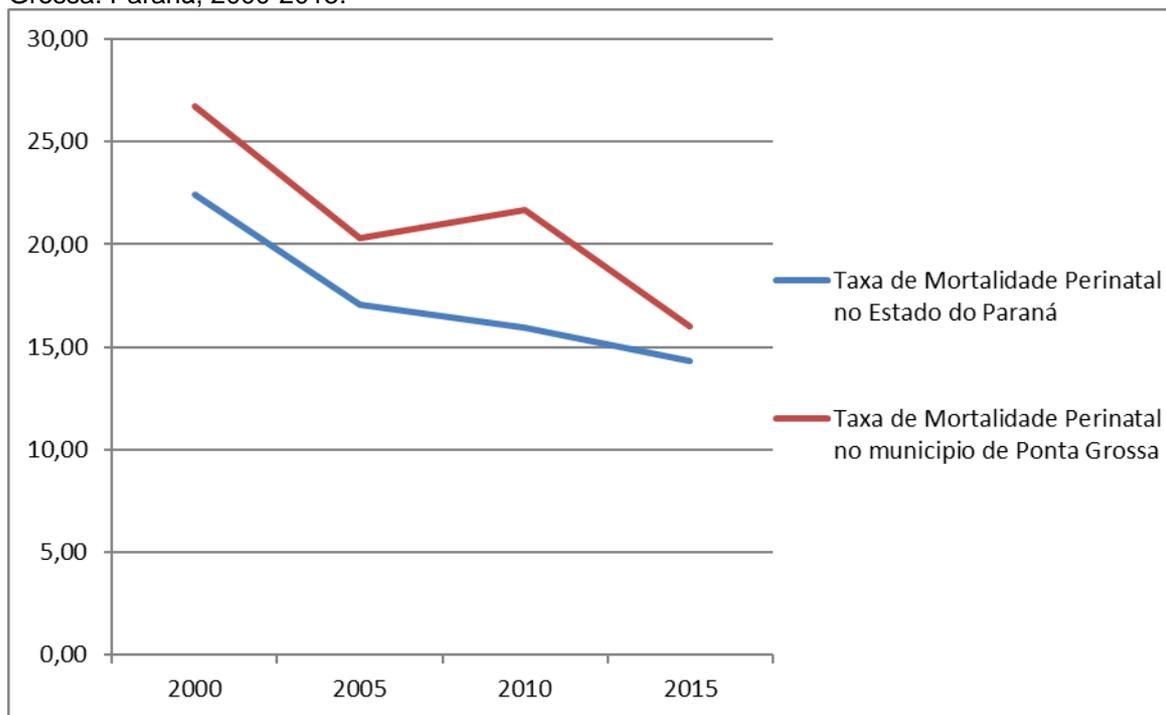
Além disso, como diferencial da Rede Cegonha, realiza-se a estratificação de risco gestacional, que consiste em classificar as gestantes em risco gestacional habitual, intermediário ou alto risco, de forma que as mesmas sejam encaminhadas para o serviço que as atendam em todas as necessidades que possam surgir durante a gestação e no parto (Id., 2015).

Apesar da caminhada lenta das políticas públicas para a saúde materno-infantil, é constatada a diminuição das taxas de mortalidade perinatal. Num período de 15 anos verifica-se que, em 2000, no Paraná, aconteceram 2.182 óbitos fetais e 1.857 neonatais precoces. Destes, ocorreram em Ponta Grossa 80 e 78 mortes, respectivamente. No ano de 2005, houve uma queda destes óbitos, e o Paraná apresentou 1.528 óbitos fetais e 1.207 neonatais precoces, enquanto que Ponta Grossa teve 69 e 42, respectivamente (PARANÁ, 2017).

Já no ano de 2010, no Paraná aconteceram 1.397 óbitos fetais e 1.036 neonatais precoces, e em Ponta Grossa ocorreram por 61 e 50, nessa ordem. Por fim, em 2015, foco deste estudo, o Paraná apresentou 1.378 óbitos fetais e 943 óbitos no período neonatal precoce, e Ponta Grossa teve 55 e 31 óbitos, respectivamente (PARANÁ, 2017).

Essa tendência contínua de queda nos óbitos perinatais é apresentada, na forma de taxa de mortalidade perinatal, no gráfico 1.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade perinatal do estado do Paraná e do município de Ponta Grossa. Paraná, 2000-2015.



Fonte: A autora, com base nos dados disponíveis em: www.tabnet.sesa.pr.gov.br. Acesso em setembro de 2017.

2.3 LUTO

O luto é compreendido como uma reação à morte e seu processo é considerado inerente à vida (LOPES et al., 2017). Quando uma pessoa perde um ente querido, é necessário um tempo de reajuste, marcado por fases do processo do luto. Embora cada ser humano seja único, existem teorias sobre os estágios existentes em que a pessoa entristecida vivencia, reflete e ressignifica sua perda, de modo que consiga retornar à sua rotina normal (SILVA; CARNEIRO; ZANDONADI, 2017).

O processo do luto finaliza-se quando o enlutado ressignifica a morte de seu ente querido, momento caracterizado pela atribuição de um novo significado para sua perda, através da mudança de sua visão. Quando compreende e integra o período em que está vivendo, de forma que, a partir desse ponto, a vida segue de forma contínua, porém de uma maneira nova, englobando a sua perda (FREITAS, 2013).

Ao tentar compreender a morte, a médica psiquiátrica Elisabeth Kubler-Ross, em 1981, estudou pacientes em cuidados paliativos, e determinou cinco fases no processo de terminalidade e essas, coincidem com os estágios de pessoas que perdem um ente querido (KUBLER-ROSS, 2008). Esse processo pode ser verificado e interpretado no quadro 2.

Quadro 2 – Processo do luto na perspectiva da Elisabeth Kubler-Ross (1891).

Fases do luto	Interpretação
1) Negação	Defesa psíquica que faz com que o indivíduo se recuse a aceitar a realidade e não queira falar sobre o assunto.
2) Raiva	O enlutado se revolta com o mundo por estar passando por essa situação, muitas vezes jogando a culpa nos profissionais de saúde, Deus, amigos e família.
3) Barganha	Inicia-se o processo de negociação, onde o indivíduo propõe para a família, amigos e para Deus que se houver o retorno da pessoa perdida, ela irá melhorar, mudará seu estilo de vida. Imagina-se que esse momento aconteceu por castigo de suas atitudes.
4) Depressão	O enlutado apresenta sintomas clínicos da depressão, se sentindo impotente diante da situação, se isolando do convívio com outras pessoas e frequentemente possui perturbações no sono.
5) Aceitação	O enlutado aceita que a morte é inevitável e começa a visualizar e aceitar sua realidade.

Fonte: KUBLER-ROSS, 2008.

Contudo, nem todas as pessoas passam por todas as fases do luto, algumas ficam estagnadas em uma determinada fase, e outras pessoas podem não seguir essa ordem. Além disso, o tempo de cada estágio varia de pessoa para pessoa, entretanto, o período que leva maior tempo é a depressão para a aceitação. Esse tempo também é determinado devido à significação da pessoa perdida para o enlutado, podendo levar dias, meses ou anos (LOPES et al., 2017).

Quando um neonato morre, é necessário que a família conclua suas ligações com o bebê, de maneira que após desligarem sua atenção no bebê, de forma gradativa, se voltem para as necessidades, rotina e a vida da família (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016).

Ao sofrerem uma perda perinatal os pais têm maneiras diferentes de agir, alguns vivenciam o momento na hora e sentem grande tristeza, alguns podem ficar em choque por horas ou dias para então sentirem o luto. Isso muda de acordo com a individualidade de cada um, juntamente com suas crenças e sua cultura (HUTTI; ARMSTRONG; MYERS, 2013).

Geralmente, a perda de um filho leva um maior tempo para os pais ressignificarem à perda e levarem a vida adiante, justificativa posta mediante a ligação que os pais criam com o filho, o esperar da gestação e a identidade de pais que adquirem nesse momento (SILVA, CARNEIRO, ZANDONADI, 2017).

O processo de luto, após a perda perinatal, é uma busca para integrar a morte do bebê de uma maneira que tenha um significado para a mãe e esta compreenda o momento que está vivendo. Entretanto, quando o momento de reconstituição do sujeito após uma perda não é elaborado de maneira significativa, os pais podem apresentar sofrimento prolongado, características do luto patológico (MAGALHÃES; MELO, 2015; STURROCK; LOUW, 2013).

2.4 LUTO COMPLICADO

O luto complicado, conhecido também como luto patológico, é caracterizado por um longo período de melancolia, tristeza, problemas de saúde, distúrbios psíquicos e diminuição dos contatos sociais. Esse luto ocorre quando o enlutado não consegue elaborar sua perda, prolongando o tempo do luto. Dessa forma, é necessária a intervenção profissional para apoiar o indivíduo a se adaptar a viver com a perda da pessoa (SILVA; CARNEIRO, ZANDONADI, 2017).

Vivenciar o luto é uma reação normal, porém quando o luto ultrapassa o habitual e passa a ser excessivo, ou seja, tempo de sofrimento prolongado e estagnação da rotina, é considerado luto patológico. Esse luto ocasiona grande sofrimento, depressão e invalidez. Dessa forma, trata-se de um problema de saúde pública, pois reflete na vida do enlutado, em sua família e na sociedade (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2017).

Portanto, é fundamental que o profissional da saúde tenha um prévio conhecimento sobre o assunto de forma a possibilitar ferramentas para a

identificação do problema, e quando diagnosticar luto patológico, ajudar o enlutado a ressignificar sua perda (SILVA; CARNEIRO; ZANDONADI, 2017).

2.5 LUTO MATERNO

A dor de perder um filho é considerada uma das piores dores que o ser humano pode passar. É estimado que os pais sofrem mais pela perda de um filho do que qualquer ser humano que passa pela dor de um óbito de um ente querido, isso se dá pela relação entre pais e filhos. Essa dor não depende da idade de seus filhos e nem do motivo, essa dor é causada pela perda, e muitas vezes não passa (BOYDEN et al., 2014).

O óbito de uma criança foge dos padrões que a sociedade espera, o natural do ciclo da vida é o óbito acontecer quando o ser humano envelhece. Mas, quando acontece o contrário, as pessoas passam por uma angústia intensificada, choque, raiva e desespero, podendo ocasionar longos períodos de sofrimento (HILL, 2017; FLENADY et al., 2014).

Neste contexto, a morte é uma situação que ocasiona medo nos seres humanos e é um assunto pouco falado. Dessa maneira, as mães enlutadas passam por um período de silêncio, pois pode ocorrer de sentirem-se tolhidas de demonstrar seus sentimentos em público (FLENADY, 2014).

Quando a criança é um neonato, o evento de morte é traumático para uma mãe, de modo que pode acarretar uma dor imensurável. Geralmente essas mortes ocorrem de forma inesperada, e ocasionam problemas físicos e psicológicos, e suas consequências podem ser duradouras. Essa situação pode levar os pais ao isolamento do convívio social (BOYDEN et al., 2014; STURROCK; LOUW, 2013).

A perda fetal é um acontecimento pouco compreendido pela sociedade. Ao se perder um bebê, a mãe pode sentir vergonha e muitas vezes não entender o motivo do ocorrido, situação que leva ao prolongamento no processo do luto (CACCIATORE, 2013).

A morte perinatal é considerada uma morte invisível aos olhos da sociedade. Isso porque a comunidade pode apresentar comportamento insensível com pais que perdem um filho na hora do parto ou quando o bebê

entra em óbito intra-útero. Acreditando que os pais que passam por uma situação de morte fetal sofrem pouco, os grupos sociais tendem a medir a dor dos pais, comparando a morte do bebê com a morte de uma criança com mais idade (PETRO, 2015).

O vínculo mãe-filho é um processo complexo que ocorre para estabelecer uma ligação duradoura entre o binômio mãe-filho, de tal modo que ao romper essa ligação, a mãe passa por uma dor inigualável (WILSON; BOYLE; WARE, 2015).

A gravidez, em sua maioria, é caracterizada por momentos de alegria e imenso amor, nesse instante inicia-se o vínculo mãe e feto, com a mulher sendo tomada pela emoção de ser mãe e a criança se desenvolvendo dentro do útero. Entretanto, existem situações adversas que modificam o percurso natural da vida, como a morte perinatal, e essa é uma experiência dolorosa que traz sentimentos de fracasso, angústia, medo e revolta (MEHRAN et al., 2013).

Durante a gestação, a mulher passa por mudanças em seu corpo, além de idealizar sonhos e planejar o futuro com seu filho. Dessa forma, quando a gestação é finalizada de modo negativo, a mãe passa por um período de tristeza porque perdeu seu filho, sente-se inválida e inferior perante toda a sociedade (LEMOS; CUNHA, 2015).

Ademais, a mãe sente que decepcionou as expectativas do marido e da família, muitas vezes se sentindo culpada. Além disso, as mães sentem que perdem a identidade de ser mãe ao perder o filho, identificação que criou com a ligação mãe-feto durante a gestação (Id., 2015).

Toda mãe que perde um filho, precisa de tempo e ajuda para ressignificar sua perda, pois o sonho de ter um filho e as expectativas sobre sua criança crescer saudável e desenvolver são rompidos juntamente com sua identidade. Nesse momento, a mãe não sabe se ainda é mãe ou deixou de ser (STURROCK; LOUW, 2013).

Além disso, existe o sentimento de invalidez perante a sociedade, pois culturalmente a mulher existe para conceber filhos, de modo que, ao não realizar esse passo, sente-se como incapaz de ser mulher (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2016; STURROCK; LOUW, 2013). Em função disso, a

mãe se sente vazia e deprimida (CAMPBELL-JACKSON; BEZANCE; HORSCH, 2014).

Diante da comunidade, a morte de uma criança maior causaria mais dor e, muitas vezes, aquele bebê que morreu intra-útero não é significativo e, então, as pessoas ignoram esse acontecimento. Entretanto, nesse momento é necessário perceber que a ligação entre mãe e filho começa na gestação (FLENADY et al., 2014).

O contato afetivo entre mãe-filho depende da personalidade da mulher, dos seus valores e suas crenças. Essa relação pode ser verificada a partir do momento que a mãe sente os sintomas da gravidez, como enjoos e mudanças físicas no corpo. Assim, esses sintomas se solidificam na gravidez, e as mães apresentam maior interesse, investimento e cuidado (FONSECA, 2010). Dessa forma, a idade do feto não serve como um medidor de intensidade de sofrimento pela perda, isso é relativo de pessoa para pessoa (HUTTI; ARMSTRONG; MYERS, 2013).

2.6 INTERCORRÊNCIA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO FETO

O diagnóstico de má-formação precoce pode oferecer um longo período de sofrimento que é capaz de interferir no apego do binômio mãe-filho, entretanto, pode proporcionar aos pais um período de preparação e aceitação (ASPLIN et al., 2015).

Em um estudo realizado na Suécia com 56 mulheres que receberam um diagnóstico de anormalidade durante a gestação e optaram por não interromper a gravidez, 37% apresentaram sintomas depressivos durante a gestação, 26% apresentaram sintomas depressivos após o parto e 22% apresentaram sintomas depressivos após um ano do nascimento. Esses resultados demonstram a ansiedade e preocupação existente após receber um diagnóstico que vai contra as expectativas (ASPLIN et al., 2015).

Entretanto, a maioria das mães se agarra na esperança e fé que acontecerá um milagre para mudar a situação e apesar do diagnóstico negativo, os pais desejam que seus filhos sejam tratados com todos os

recursos e suportes existentes e que a equipe técnica propicie conforto nos cuidados paliativos para seu bebê (WOOL, 2015).

Dessa forma, é necessário que os profissionais de saúde tenham habilidades para explicar, apoiar e ouvir a família, dando o direito de livre-arbítrio para a escolha dos pais em seguir ou interromper a gestação, quando a legislação assim o permitir (ASPLIN et al., 2015).

2.7 ESTRATÉGIAS DE APOIO À RESSIGNIFICAÇÃO

As mães enlutadas relatam passar pelo momento do luto sozinhas (LOPES et al., 2017), como se apenas elas fossem capazes de entender tamanha dor, pois as pessoas ao redor querem ajudar, mas nem sempre essa ajuda é apropriada. Frases como “você é jovem”, “logo você terá outro” e “você deve esquecer e seguir em frente” muitas vezes geram pressões nas mães podendo prorrogar o tempo de reajuste necessário para continuar sua vida (PETRO, 2015).

Existem alguns fatores que podem diferenciar o sofrimento da mãe, não é um fator de medição de dor, mas são condições que podem proporcionar um maior tempo de sofrimento. Relata-se que para as mortes intrauterinas, o fator tempo de gestação pode interferir na ligação, pois, conforme o tempo passa a identificação e apego com o feto ficam mais fortes (HILL et al., 2017).

Além disso, o quanto a criança foi planejada e desejada, o apoio social, e o número de filhos vivos também são elementos que interferem nesse processo do luto (HILL et al., 2017). Ainda é citado que a menor renda e o menor nível educacional estão relacionados com o maior desespero e prolongamento do processo do luto (BOYDEN et al., 2015).

O retornar para casa traz o sentimento de vazio. A mãe ao encontrar um quarto com roupas na espera de seu filho, seu peito produzindo um leite que não será usado e a família que também se encontra entristecida, pode sentir-se em um momento de grande angústia e revolta para as mães enlutadas (CACCIATORE, 2013).

Em algumas culturas, o fato do enlutado não conversar sobre o ocorrido demonstra que está forte e recuperando de sua perda, em outras, o conselho é

falar para conseguir mais rápido a ressignificação da perda (BOYDEN et al., 2015).

Rituais de despedida são formas importantes para os pais reconhecerem a vida curta do bebê e aceitarem o acontecimento (STURROCK; LOUW, 2013). Geralmente, as mães não participam desses rituais, pois precisam ficar internadas após o parto. Desse modo, as mães se sentem isoladas em um lugar com várias mães com seus bebês, fato que intensifica ainda mais o sentimento de fracasso em relação à missão de ter um filho (LEMOS; CUNHA, 2015).

Desse modo, é necessário um cuidado humanizado por parte dos profissionais de saúde para não deixar essa mãe em contato direto com outras mães, dando escolhas se elas querem ficar na maternidade ou preferem ser transferidas para outra ala, no qual não tenha contato direto com outros bebês (PETERS et al., 2015).

Ainda, os profissionais devem dar suporte e opções de escolhas sobre o ritual de despedida para a possível ressignificação da morte (CACCIATORE, 2013). Quando a mãe tem direito de ver, tocar e segurar seu filho, além de poder guardar algumas lembranças, como roupa e foto, entende-se que a mesma terá mais facilidade de enxergar a vida do seu filho e ressignificar sua perda, entretanto, essas opções devem ser realizadas com ajuda e apoio da equipe de saúde (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2016).

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 têm maior facilidade em ressignificar a morte de seu filho. Outros alegam que as mães podem guardar uma imagem triste do seu filho e isso dificulta o processo do luto (RYNINKS et al., 2014).

No passado recente, os profissionais de saúde impediam os pais de ver e tocar seus filhos que tinham perdido a vida, mas, já se sabe que é importante que os pais tenham esse momento com seus filhos, escolham um nome, façam um ritual para despedida, pois essas atitudes ajudam os pais a encontrarem um significado para sua perda (USTUNDAG-BUDAK et al., 2015).

Em um estudo realizado com 21 mães após 3 meses da perda de seus filhos, as mães relataram a importância de terem entrado em contato com os mesmos, pois isso fez com que elas acreditassem sobre o ocorrido e não fantasiassem com as falas do médico e ainda agradecessem pelo tempo em que puderam se despedir. Em contramão, as mães que optaram por não ver, expressaram arrependimento e vontade de pegar no colo, mas não sabiam se no momento do acontecimento elas teriam suporte psicológico (RYNINKS et al., 2014).

Após os cuidados com a mãe enlutada no hospital, os profissionais de saúde devem informar e encaminhar as mães enlutadas para profissionais capacitados para ajudar, como psicólogos, assistentes sociais e grupos de apoio que sua cidade possui (PETERS et al., 2015).

Cada mãe tem um tempo para compreender todos os acontecimentos, algumas mães podem procurar ajuda logo após o acontecimento e algumas, procuram em longo prazo. Dessa forma, as mães devem ter a liberdade para procurar apoio quando sentirem necessidade e os profissionais de saúde devem possibilitar que a enlutada compreenda e viva o seu luto de acordo com suas crenças e sua cultura (Id., 2015).

Uma intervenção que pode ser benéfica é a atividade física. Em uma pesquisa realizada com mães que perderam um filho, as entrevistadas relataram não fazer atividade física porque seu corpo mostra sinais de gravidez e elas preferem fugir da pergunta de “onde está o seu filho?”, além disso, preferem não sair de casa para não encontrar mulheres grávidas ou com seus bebês (HUBERTY et al., 2014).

Em contrapartida, algumas mães que realizaram exercício físico após a perda, relatam se sentirem melhores, como se conseguissem liberar seus sentimentos e muitas desejavam emagrecer, já pensando em uma gravidez subsequente. Dessa forma, é necessário que os educadores físicos sejam incluídos no suporte e na assistência para mães enlutadas. O exercício físico pode ser uma intervenção eficaz para ajudar as mães a passarem pelo processo de luto, diminuindo ou eliminando intervenções farmacológicas (HUBERTY et al., 2014).

Outro ponto importante para ajudar na ressignificação da morte e diminuir a dor materna é a explicação dada aos pais sobre a morte do filho. Diante disso, a equipe de saúde deve explicar de forma clara aos pais o motivo do óbito (FLENADY et al., 2014; STURROCK; LOUW, 2013).

Além disso, segundo Flenady et al. (2014) é importante que os profissionais de saúde incentivem os pais a pedirem a autópsia, com a finalidade de compreender a causa do óbito do filho, quando o motivo ainda não está claro ou sem justificativa aparente. Entretanto, muitos profissionais se sentem incapacitados para explicar, pela dor e revolta em que as mães estão vivendo (HEAZELL et al., 2013).

A falta de explicação pode fazer com que as mães se sintam culpadas do ocorrido, envergonhadas e isoladas de grupos sociais (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2017; CAMPBELL-JACKSON; BEZANCE; HORSCH, 2014). Encontrar o significado da morte do seu filho traz benefícios para a vida dos pais e ajuda na finalização do processo do luto, porém esse caminho é doloroso e muitas vezes insuportável. Dessa maneira, é necessário que os profissionais da saúde, representantes religiosos, amigos e familiares estejam presente aconselhando e dando o suporte que necessitem (PETRO, 2015).

Cabe salientar que, logo após a mãe ser esclarecida sobre o óbito do bebê, deve ser ofertado apoio para sanar suas dúvidas, bem como encaminhá-las para serviços de psicologia e grupos terapêuticos, visando apoiar e ajudar nesse processo (CACCIATORE, 2013).

Por essa razão, as pessoas que trabalham diretamente com essas mães, precisam conhecer e sentir o que os pais querem e precisam saber. De forma que, os mesmos se sintam seguros para enfrentar o processo do luto. Em contrapartida, quando os pais não são esclarecidos, sua angústia aumenta podendo levar para um luto complicado (HUTTI; ARMSTRONG; MYERS, 2013).

A maioria das mães recorre para ajuda religiosa, na convicção que Deus permitiu a morte de seus filhos e está no controle de tudo. Assim, é possível confiar que com o tempo, Deus vai dar força e ajudar a superar o momento devastador. Em contrapartida, muitas mulheres ficam entre um elo do “porquê

Deus permitiu isso comigo?!” e ao mesmo tempo pedem socorro para que Deus dê força (STURROCK; LOUW, 2013).

Em um estudo realizado com brasileiras e canadenses, a maioria das mães que apresentaram o luto teve associação com a falta de religião. As brasileiras confiavam em seus parceiros, porém pensavam mais em separação do que as canadenses (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2016).

Toda mãe que passa por esse momento demanda cuidados da equipe de saúde, porém cada mãe deve ser olhada de forma particular. Um exemplo pode ser dado pelas canadenses, que após passarem por uma perda fetal são assistidas em um centro de referência de apoio a famílias, onde existe uma equipe interdisciplinar capacitada para prestar assistência em grupos de apoio, assim essas mães, apresentam menores indicativos de luto prolongado (Id., 2016).

Ademais, grupos de apoio fornecem para os pais trocas de experiências, dessa forma eles se sentem apoiados e fortalecidos. Todavia, esses grupos devem ser direcionados por uma ou duas pessoas da equipe de saúde para o suporte psicológico (HEAZELL et al., 2013). Hoje também existem grupos de apoio de forma on-line, apesar desses grupos ainda não serem avaliados, muitas mães relatam experiências positivas ao receber apoio no mesmo (FLENADY et al., 2014).

No Brasil, as Unidades Básicas de Saúde devem ser o atendimento referencial para o apoio de mães enlutadas, porém esse assunto é pouco discutido e os profissionais de saúde não são capacitados para dar o suporte a essas mães (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2017).

2.8 EQUIPE DE SAÚDE

A ansiedade das mães que passaram por um parto com um filho sem vida diminui à medida que recebem apoio dos médicos, enfermeiros e da família no primeiro momento. Em longo prazo, o apoio oferecido por um profissional da saúde juntamente com a família, também diminui fatores estressantes e depressivos em mães que passam pelo luto (FLENADY et al., 2014).

É importante que a mãe tenha uma rede de apoio, formada pelos profissionais de saúde, família e amigos. Entretanto, essas pessoas devem estar preparadas para conseguir apoiar as mães e facilitar o processo de amenizar a dor da perda. Quando as pessoas não estão capacitadas para ser o suporte, elas agem como surdos e cegos perante o acontecimento (LOPES et al., 2017; LEMOS; CUNHA, 2015).

A forma como a maioria dos profissionais de saúde vem lidando com a situação demonstra que não estão capacitados para lidar com a morte de um bebê e mostram-se insensíveis ao momento difícil pelo qual os pais estão passando (CACCIATORE, 2013).

Estudo realizado para saber sobre assistência recebida pelos profissionais de saúde, pela perspectiva de pais que perderam seus filhos, os relatos declaram que os profissionais eram frios ao dar a notícia e exigiam que os pais se recuperassem logo. Além disso, os pais não gostaram que seus filhos fossem chamados de fetos ao invés de bebê, mesmo sendo explicado que é uma linguagem técnica (Id., 2013).

Os pais se sentem mais seguros quando recebem uma assistência de modo particular e não simplesmente de forma clínica, mas sendo respeitados por seus medos, anseios e principalmente por sua tristeza. Além disso, os pais ficam mais angustiados quando os profissionais não os comunicam sobre os procedimentos realizados e o que está acontecendo com seu filho. Nessa hora os profissionais devem falar de forma clara e dócil, evitando termos técnicos, para não deixar dúvidas e prolongar o processo do luto (PETERS et al., 2015).

Contudo, os enfermeiros, que são em geral os mais próximos do cuidado, não se sentem capacitados para apoiar as mães enlutadas ou não acham que é a sua função, dessa forma a mãe pode ficar mal assistida. Em um estudo realizado com enfermeiros, muitos relataram que não sabiam lidar com o momento, como explicar para os pais e desconheciam como lidar com a dor dos enlutados (STEEN, 2015).

Outros enfermeiros relataram que eles ouviam a dor da mãe e ficavam naquele momento junto. Sentiam a importância de dar apoio e mostrar que se importavam com a dor que a família estava vivendo. Muitas vezes evitavam ficar falando, apenas na presença silenciosa, pois nem todos os pais querem

falar naquele momento e isso deve ser respeitado pelos profissionais (Id., 2015).

Nem sempre a intervenção efetiva precisa ser a linguagem verbal, muitas vezes os enfermeiros podem usar intervenções como se dispor a ouvir e estar presente. Dessa forma, é necessário que as maternidades implantem protocolos para os enfermeiros seguirem no momento da morte perinatal, de modo que se sintam mais capacitados e adequem sua conduta de modo particular para cada paciente, respeitando seus desejos, crenças e sua cultura (Ibid., 2015).

A mãe enlutada deve ser atendida por uma equipe interdisciplinar, ou seja, uma equipe com vários profissionais de áreas diferentes que sejam capazes de juntar conceitos e construir formas unificadas de cuidados, de modo que atenda essa mãe de forma integral, em todas as suas peculiaridades (BAÈRE; FAUSTINO; MIRANDA, 2017). Além de estudar maneiras de intervenções clínicas para o cuidado dessas famílias, promovendo reabilitação e qualidade de vida (HUTTI; ARMSTRONG; MYERS, 2013).

2.9 LUTO E OS RELACIONAMENTOS FAMILIARES

O sofrimento após a morte fetal, também, está vinculado com o relacionamento entre o casal, pois geralmente existe uma troca de apoio (STURROCK; LOUW, 2013). Mães que estão com a autoestima baixa podem incitar períodos depressivos, podendo ocasionar desconforto e insegurança no relacionamento com seu parceiro. As taxas de divórcio em casais que sofrem a perda fetal são elevadas em consequência do sofrimento que vivenciam por tempo prolongado (HILL et al., 2017).

Os relacionamentos conjugais podem sofrer duas alterações: quando os pais conseguem expressar suas dores e se ajudam, demonstram união e ficam mais íntimos. Ou, se os pais não conseguem conversar sobre o assunto, não entendem o motivo pelo qual seu filho morreu, pode ocasionar distanciamento entre o casal e conseqüentemente a separação (CACCIATORE; ERLANDSSON; RADESTAD, 2013).

O homem reage de maneira diferente da mulher, geralmente não demonstra seus sentimentos, isso pode ocasionar um conflito entre o casal nesse momento delicado ou a aproximação por ser um momento que demanda compaixão. O casal deve ser orientado que cada um lidará de maneira diferente com o luto que, nas semelhanças, o casal deve se unir e, nas diferenças, o casal deve se respeitar e ver a experiência como ponto forte do relacionamento (AVELIN et al., 2013).

Frequentemente, a figura paterna não demonstra sofrimento na mesma medida que a figura materna. Após a perda, o pai assume o papel perante a sociedade de ser forte e dar o suporte que sua mulher precisa, dessa forma seus sentimentos são ignorados, guardados ou superados isoladamente (PETRO, 2015; CACCIATORE, ERLANDSSON; RADESTAD, 2013).

Os pais podem se sentir tristes, inseguros e incapazes de proteger sua parceira da dor emocional, porém assumem a posição de ser forte para dar apoio para suas esposas (LE MOS; CUNHA, 2015; CAMPBELL-JACKSON; BEZANCE; HORSCH, 2014). Em vista disso, os profissionais de saúde devem estar aptos para aconselhar o casal e os apoiar durante todo o processo. Apoio da família e amigos também melhora e fortalece o casal (STURROCK; LOUW, 2013).

Entretanto, a maioria das mães relata não serem acolhidas pelos profissionais de saúde e não terem liberdade para conversar e tirar suas dúvidas (LOPES et al., 2017; BOYDEN et al., 2015).

Além dos pais, deve haver uma atenção para os irmãos mais velhos que, às vezes, são crianças de pouca idade e não compreendem o que aconteceu, mas, sofrem juntamente com os pais. Uma vez que os irmãos também são preparados durante a gestação para darem espaço para um novo membro da família, muitas crianças desejam esse momento assim como a mãe espera seu filho (CACCIATORE, 2013).

No entanto, quando esse momento é rompido, as crianças não conseguem expressar e entender seus sentimentos, o que pode prolongar o período do luto. Dessa maneira, é necessário um olhar diferenciado para essas crianças, por pessoas capacitadas que as ajudem a entender e a superar esse momento (Id., 2013).

Somado a isso, devem ser realizados estudos sobre como os avós vivenciam a perda de seus netos, apesar de sofrerem uma dor psicológica juntamente com os pais, eles também estão preocupados com a dor que suas crianças adultas estão sentindo. Sabe-se que os avós, por conta do luto, também, sofrem um desgaste na saúde que pode ser repercutido em doenças (MURPHY; JONES, 2014). Entretanto, não existem estudos suficientes para relatar como os avós vivenciam seu momento de luto e qual apoio eles recebem (MURPHY; JONES, 2014).

2.10 GRAVIDEZ SUBSEQUENTE

Segundo a Linha Guia Mãe Paranaense, quando uma mãe perde um filho, em sua gravidez subsequente, ela é automaticamente estratificada como alto risco, ou seja, deve ser olhada de modo especial para que sua história anterior não seja repetida (PARANÁ, 2015).

É necessário que os pais demonstrem seus medos e angústias e que os profissionais ajam com empatia e utilizem uma linguagem clara e adequada para apoiar e não aumentar a culpa e a ansiedade que os pais carregam (CAMPBELL-JACKSON; BEZANCE; HORSCH, 2014). De forma que as mães consigam se restabelecer e fiquem aptas para a próxima gestação (ÜSTÜNDAĞ BUDAG et al., 2015; MEHRAN et al., 2013).

Grupos de apoio são reconhecidos pelos pais como formas de apoio, o ouvir e falar com pessoas que passaram por situações semelhantes traz compreensão, conforto e força para os pais, com a troca de experiência os pais se sentem mais aliviados e seguros para a próxima gestação (MILLS et al., 2014).

Ao programar uma gravidez após a perda de um filho, a mãe pode se sentir insegura e angustiada, necessitando de ajuda de pessoas próximas, principalmente, seus companheiros (CAMPBELL-JACKSON; BEZANCE; HORSCH, 2014).

Os pais mantêm a esperança, como a base para planejar a vinda de outro filho. Todavia, o medo que a história anterior se repita fica presente durante a gestação. Muitos pais têm dificuldade de contar para as pessoas à

sua volta que estão aguardando um novo filho, seja pela cobrança ou medo de reviver a história (MILLS et al., 2014).

Apesar da maioria dessas mães engravidarem após um ano, isso não significa que superaram o sofrimento anterior, essa nova gestação pode ser caracterizada por momentos de ansiedade, medo e angústia (ALEXANDRE et al., 2015).

Outrossim, os pais apresentam um maior cuidado, optando por fazer mais exames, acompanham os movimentos fetais e apresentam maior conhecimento sobre riscos e benefícios para seus filhos. De igual modo, os pais preferem marcar a data do nascimento e escolhem sua maternidade por medo de coincidir no mesmo local que ocorreu o desfecho anterior (MILLS et al., 2014).

É relatado, também, que a chegada de um novo bebê é um evento que fortalece a identidade materna da mãe (STURROCK; LOUW, 2013). Após uma gravidez subsequente, é notado que as mães apresentam maior ansiedade e medo pelo filho, e muitas se tornam extremamente protetoras e cuidadosas por se sentirem culpadas de alguma forma em relação ao desfecho da gravidez anterior. Todavia, as mães se sentem restauradas com a vinda de um filho saudável após a perda (CACCIATORE, 2013).

Algumas mães declaram que após engravidar novamente, elas sentem que estão traindo seus filhos, substituindo-os e esquecendo-os. Além de sentirem que as pessoas olham para elas com dúvidas se a mãe será uma boa mãe após perder um filho (ÜSTÜNDAĞ-BUDAG et al., 2015).

Os pais relatam que o segundo filho não substitui o primeiro, e o seu maior receio é que o primeiro filho fique com ciúmes pelo amor expressado para o segundo filho. Também, os pais apresentam tristezas ao notarem que, para os familiares e amigos, o primeiro filho não existiu. Então tentam sempre lembrar e não deixar seu primeiro filho no esquecimento (CAMPBELL-JACKSON; BEZANCE; HORSCH, 2014).

3 JUSTIFICATIVA

Praticamente a totalidade dos nascimentos se dá em ambiente hospitalar, apesar do Ministério da Saúde ter implantado a rede de atenção à gestante e ao recém-nascido, muitos desses óbitos seriam evitáveis se as gestantes recebessem um atendimento integral com qualidade.

Entende-se por cuidado integral, no contexto deste trabalho, o atendimento ofertado que atenda as múltiplas dimensões do ser humano, sejam elas físicas, socioculturais, psicológicas ou espirituais (RANGEL; BACKES; ILHA, 2017).

Levando-se em conta que a taxa de mortalidade perinatal ainda pode decrescer em nosso país, suas consequências para a vida da criança e familiares, e ainda a restrição de dados sobre a perspectiva materna acerca dos óbitos perinatais, sentiu-se a necessidade de entender a mortalidade perinatal pela vivência da mãe, observando: os relatos maternos acerca das razões associadas aos óbitos perinatais; o alcance da atenção integral no pré-parto, parto e pós-parto; os principais sentimentos decorrentes da perda de um filho no período perinatal; bem como os suportes de atenção ofertados à mãe para ressignificação da perda perinatal.

Deste contexto, emergiu a questão norteadora deste estudo: Que evidências acerca da mortalidade perinatal e a assistência recebida no pré-natal, parto e pós-parto, poderiam ser identificadas a partir da perspectiva de mães que perderam o filho neste período?

E esse questionamento leva aos objetivos da presente pesquisa.

4 OBJETIVOS

Com o intuito de responder à questão de pesquisa anteriormente elencada, elegeu-se os seguintes objetivos:

4.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar os cenários da mortalidade perinatal, de acordo com a perspectiva materna e evidências epidemiológicas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os sentimentos maternos frente à morte perinatal;
- Descrever as impressões maternas sobre o cuidado recebido durante pré-parto, intraparto e pós-parto;
- Compreender os sentimentos sobre o luto materno e estratégias de resignificação da morte perinatal.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo será apresentado o tipo de método que mais se identifica com essa pesquisa para alcançar as respostas dos objetivos propostos.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo qualitativo de natureza interpretativa, com 23 mulheres, residentes no município de Ponta Grossa – Paraná / Brasil, que vivenciaram a perda de um filho no período perinatal – óbito fetal (>22 semanas gestacionais) ou neonatal precoce (0-6 dias de vida) no ano de 2015.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra emergiu do grupo de 84 mulheres residentes em Ponta Grossa, Estado do Paraná, Brasil, que entre janeiro/2015 e dezembro/2015, passaram pela experiência da perda perinatal. As informações sobre o número total de mortes perinatais que aconteceram no período estudado, contato e endereço das mães, as causas de óbito, características sociodemográficas e de saúde do binômio mãe-filho, foram obtidas na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde através de uma análise documental. Estes dados são provenientes das Declarações de Óbito (DO) e Declarações de Nascidos Vivos (DNV) da criança falecida.

Destaca-se a importância do preenchimento correto das declarações de óbito, informações necessárias para a realização de estudos com a finalidade de melhoria da assistência. Neste estudo, a falta de endereço e telefone ocasionou uma barreira para encontrar algumas mães. Entretanto, a tecnologia foi uma ferramenta utilizada para encontrar um número maior de mães, assim, evidencia a sua importância no meio científico.

O tempo de perda das mães para o primeiro contato foi entre 1 a 2 anos, porém, independente do tempo, algumas mulheres recusaram participar da pesquisa, a maioria relatou a dificuldade de conversar sobre o assunto e o

desejo de não lembrar os detalhes de um acontecimento que as marcou negativamente.

Isto posto, do total de 84 mães, 19 não foram contatadas por ausência da informação de localização ou mudança de telefone e endereço, 24 recusaram participar da pesquisa, 16 aceitaram participar da pesquisa, porém recusaram após um segundo contato. E, ao final, 25 mães aceitaram participar da pesquisa. Entretanto, duas mães foram excluídas ao final do estudo por ausência de validação dos discursos coletados. Portanto a amostra final foi de 23 mães.

5.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Optou-se pela pesquisa semiestruturada, cujo instrumento contém 28 perguntas, conforme APÊNDICE 2. Estas perguntas tiveram por intenção responder os objetivos deste estudo.

A entrevista foi dividida em 5 eixos principais, sendo eles:

- 1) História e sentimentos maternos;
- 2) Causas do óbito e assistência prestada ao filho;
- 3) Compreensão das pessoas ao redor da mãe;
- 4) Estratégias de ressignificação;
- 5) Assistência recebida pela equipe de saúde.

O primeiro eixo contava com 3 perguntas sobre como se deu o momento da morte do filho, com a finalidade de responder o objetivo sobre os sentimentos maternos frente à morte perinatal. O segundo eixo, composto por 5 questões com o propósito de conhecer o motivo do óbito da criança e a assistência recebida.

No terceiro eixo foram realizadas 3 questões a fim de perceber a perspectiva da mãe sobre como elas são vistas perante a sociedade e as pessoas ao seu redor. Além disso, no quarto eixo, realizou-se 8 perguntas com a finalidade de responder como a mãe estava no momento atual, quais foram seus modos de enfrentamento do luto e medidas tomadas para a ressignificação da sua perda.

Por fim, no último eixo, foram propostas 9 perguntas sobre o cuidado recebido no pré-natal, intraparto e pós-parto.

5.4 TESTAGEM DO INSTRUMENTO

Realizou-se a testagem do instrumento semiestruturado da pesquisa com uma mãe que havia perdido bebê no ano de 2016 no município de Ponta Grossa, com a finalidade de verificar se as perguntas seriam capazes de direcionar o alcance dos objetivos previamente propostos para a pesquisa. Não houve necessidade de ajustes nas questões, por isso a coleta de dados foi iniciada na sequência.

5.5 CONTATO COM AS MÃES

As mães foram contatadas por telefone ou no endereço residencial. Além disso, foi montado um grupo privado online em rede social para estabelecer comunicação com as mães participantes da pesquisa e encontrar aquelas para as quais o endereço ou telefone não estavam disponíveis. Os contatos na rede social ocorreram de modo privado inicialmente e, as que aceitaram ser inseridas no grupo fechado foram adicionadas.

Após o aceite e com o grupo de participantes definido, marcou-se um dia, local e horário para a realização de um grupo focal, entretanto a adesão das mães foi baixa. Repetiu-se mais 2 tentativas, e as mesmas foram sem sucesso. Assim, optou-se mudar para a entrevista individual.

Iniciou o contato individual com cada mãe, marcou-se um dia, local e horário de sua escolha para ser realizada a entrevista. Os encontros ocorreram, em sua maioria, em visitas domiciliares, apenas duas aconteceram em ambiente de trabalho, com média de tempo de 40 a 60 minutos. A coleta de dados aconteceu entre outubro e novembro de 2016. Oportunizou-se às mães a realização de um discurso com possibilidades de pausas e respeito à delicadeza do tema, assim, puderam expor seus sentimentos e emoções. Os relatos foram gravados, com um gravador de áudio, sob a concordância e aceite das pesquisadas, e posteriormente foram transcritos.

Como as maternidades que atenderam as mães foram citadas nos depoimentos, optou-se por denomina-las por números arábicos, como forma de garantir o anonimato das instituições. Pelo mesmo motivo, os nomes das mães foram trocados por nomes fictícios que elas mesmas escolheram, a fim de preservar a identificação e o sigilo de cada uma delas.

Para validação das entrevistas, as transcrições foram enviadas por e-mail, ou entregues presencialmente para cada entrevistada, e estas tiveram a oportunidade de ler, confirmar o que haviam relatado e alterar seus discursos, caso julgassem necessário. Das 25 entrevistadas, em 2 casos não se conseguiu o contato para validação e, suas entrevistas foram excluídas da pesquisa. Sendo assim, como citado anteriormente, o número final de sujeitos analisados foi de 23 mães.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente foi realizada uma análise documental dos dados secundários obtidos na Vigilância Epidemiológica de Ponta Grossa. Essa técnica consiste na localização e seleção dos registros necessários com a finalidade de tratar as informações de maneira a responder os objetivos da pesquisa (DOMINGOS et al., 2016).

Assim, efetuou-se a categorização de peso e idade gestacional segundo a classificação recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Ademais, os óbitos foram classificados em evitáveis e não evitáveis, segundo Malta et al. (2010). Para tal, utilizaram-se as causas fornecidas nas declarações de óbitos. No momento de captação desses dados, esses óbitos ainda não haviam sido investigados pelo comitê de investigação fetal do município.

Em um segundo momento, realizou-se a organização e a análise dos dados qualitativos por meio da Análise de Conteúdo pela perspectiva de Bardin (2011). Tal método trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva conhecer aquilo que está por trás dos discursos. Em outras palavras, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que visa produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto, podendo ser replicáveis ao seu

contexto social. Na análise, o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo abrange três momentos:

- 1) Pré-análise;
- 2) Exploração do material;
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise tem como objetivo selecionar os documentos a serem estudados, elaborar os objetivos e hipóteses, além de criar indicadores para direcionar a interpretação. Nessa primeira etapa se realiza a leitura “flutuante”, que consiste em uma leitura que ocasiona o primeiro contato e a familiaridade com os documentos, com o objetivo de conhecer o conteúdo, criar impressões que possibilitem que o material seja útil para a pesquisa. Muitas vezes formando as categorias *a priori* (BARDIN, 2011).

Após a leitura flutuante, o pesquisador deve escolher os documentos que farão parte da pesquisa, de forma que nenhum registro deve ser deixado de fora, seguindo a regra da exaustividade. Além disso, os dados devem ser analisados com homogeneidade, ou seja, devem ter o mesmo tema para que permita a comparação na hora da interpretação. Ainda, os documentos devem passar pela regra da pertinência, na qual os mesmos devem ter relação com os objetivos da análise (URQUIZA; MARQUES, 2016).

Ainda, o pesquisador tem a obrigação de selecionar os discursos de forma que representem toda a amostra e que garanta exclusividade, ou seja, um elemento não pode ser classificado em mais de uma categoria (SANTOS, 2012). Ademais, o analista deve providenciar a referência dos índices e a elaboração dos indicadores, de forma a facilitar os recortes das comunicações e essência do texto examinado em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e codificação para o registro dos dados (BARDIN, 2011).

Na exploração do material, segunda etapa da análise direcionada por Bardin (2011), é efetuado o processo de codificação e enumeração, com base no que foi realizado na pré-análise. Nesse momento, o material bruto passa por tratamento e é transformado em categorias que possibilitam a discussão de

pontos importantes do conteúdo. Então, são formuladas as unidades de registro, que é o segmento de conteúdo da unidade base, geralmente são utilizados os temas, as palavras, o objeto, entre outros. Isto posto, são formadas as unidades de contexto, que são segmentos de conteúdo que compreendem as unidades de registro (URQUIZA; MARQUES, 2016).

A categoria, em geral, reflete a realidade do todo, porém de forma resumida, em determinados momentos com características em comum, denominando-se as unidades de registro (SANTOS, 2012).

Por fim, a última etapa se refere ao tratamento dos resultados e a interpretação dos dados analisados de acordo com os objetivos do estudo, a fim de realizar inferências e interpretações, de forma que os resultados brutos sejam transformados em dados significativos e válidos (BARDIN, 2011).

O planejamento da análise dos dados qualitativos iniciou-se anteriormente às entrevistas. Com base na fundamentação teórica, objetivos do estudo e nos dados que se pretendia levantar foram formuladas as categorias a priori e após análise dos dados e conteúdo na perspectiva de Bardin (2011), as categorias receberam novas denominações, deixando de forma mais específica após a pesquisa de campo. Essa adaptação pode ser mais bem visualizada no Quadro 3.

Quadro 3 – Análise de Conteúdo: Adaptação da categorização *a priori* e *posteriori*. Ponta Grossa – PR, 2017.

	CATEGORIAS A PRIORI	CATEGORIAS A POSTERIORI	
A	SENTIMENTOS MATERNS FRENTE À MORTE	A	SENTIMENTOS MATERNS FRENTE À MORTE
		B	QUEM VÊ MINHA DOR.
B	ASSISTÊNCIA À SAÚDE PELA PERSPECTIVA MATERNA	C	ASSISTÊNCIA À SAÚDE PELA PERSPECTIVA MATERNA
C	RESSIGNIFICAÇÃO DA PERDA.	D	RESSIGNIFICAÇÃO DA PERDA

Fonte: Elaborada pela autora. Ponta Grossa – PR, 2017.

Após a definição das unidades de contexto foram definidas as unidades de registro, conforme apresentado no quadro 4.

Quadro 4 – Análise de Conteúdo: Definição das unidades de contexto com suas respectivas unidades de registro. Ponta Grossa, 2017.

UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO
6.2.1) SENTIMENTOS MATERNOS FRENTE À MORTE	A Entre a impotência e o choque
	B As escolhas
	C A sensação é que a tua vida não está mais em você!
	D A despedida
	E Convivendo com outros bebês
6.2.2) QUEM VÊ MINHA DOR	A A volta à realidade
	B Não foi com eles!
	C Eles também ficaram muito chocados
6.2.3) ASSISTÊNCIA À SAÚDE PELA PERSPECTIVA MATERNA	A Prevenção do óbito e atenção à saúde da gestante
	B Atenção recebida
	C Processos de comunicação do óbito e intervenções de saúde
	D Assistência privada <i>versus</i> SUS
6.2.4) RESSIGNIFICAÇÃO DA PERDA	A O que / quem me ajudou?
	B Atualmente, como estou?
	C Gravidez subsequente

Fonte: Elaborada pela autora. Ponta Grossa – PR, 2017.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos, riscos, benefícios da pesquisa, suas informações foram coletadas mediante aceite espontâneo e concordância no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1). O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa-PR, Brasil, e foi aprovado sob o número do parecer 1.617.353/2016 (ANEXO A).

6 RESULTADOS

Adiante, neste capítulo, verificam-se os resultados obtidos após a análise documental e os dados obtidos pela análise de conteúdo pela perspectiva de Bardin.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES, SUAS GESTAÇÕES E BEBÊS FALECIDOS

No grupo de 23 mães entrevistadas, a maioria era branca, casada / união estável, com idade média de 28 anos. Identificou-se que 82,60% da nossa amostra possuía estudo. No contexto de ocupação, notou-se que 39,13% das entrevistadas se auto referiram como donas de casa e o restante exercia outras ocupações, como professora, secretária, empresária, jornalista, vendedora e doméstica (Tabela 1).

Tabela 1 – Óbitos perinatais segundo condições sócio demográficas de mulheres que vivenciaram a perda perinatal. Ponta Grossa, 2015.

Variáveis relacionadas à mãe		
Variáveis	N	%
Raça da mãe		
Branças	10	43,48
Pardas	2	8,69
Não informado	11	47,83
Escolaridade da mãe		
Ensino fundamental não completado	4	17,40
Ensino fundamental completo	7	30,43
Ensino médio completo	7	30,43
Ensino superior completo	5	21,74
Situação conjugal		
Solteira	4	17,40
Casada / união estável	19	82,60
Ocupação		
Do lar	9	39,13
Outros	14	60,87

Fonte: Informações obtidas na Vigilância Epidemiológica. Ponta Grossa – PR, 2017.

Entre as mães entrevistadas, 11 (47,83%) eram primigestas e 12 (52,17%) multigestas. Acerca do risco gestacional, dado baseado pela

maternidade que a mãe foi encaminhada, 12 (52,17%) mães foram classificadas como sendo de risco habitual ou risco intermediário e 11 (47,83%) estratificadas como alto risco. Em relação ao trimestre que se iniciou o pré-natal, 30,43% iniciaram nos primeiros 3 meses da gestação. Quanto à quantidade de consultas no pré-natal, apenas 21,74% efetuaram 7 ou mais consultas (Tabela 2).

Em relação aos prestadores de serviço, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi utilizado por 70% das entrevistadas, 26% usaram os convênios e, as demais (4%) recursos próprios.

Com relação ao tipo de parto, a maioria das participantes, deste estudo, passaram pelo parto cesáreo. No tipo de óbito, verificou-se que 52,17% dos casos foram óbitos neonatais precoces. Esses dados, e mais alguns complementares podem ser verificados na tabela 2.

Tabela 2 – Óbitos perinatais segundo tipo de gravidez, mês que iniciou o pré-natal, número de consultas, tipo de parto e óbito. Ponta Grossa, 2015.

Variáveis relacionadas à gestação e ao parto		
Variáveis	N	%
Tipo de gravidez		
Única	22	95,65
Gemelar	1	4,35
Mês que iniciou o pré natal		
1º trimestre	7	30,43
2º trimestre	2	8,70
Não informado	14	60,87
Número de consultas no pré natal		
7 ou mais	5	21,74
Menos de 7	7	30,43
Não informado	11	47,83
Tipo de parto		
Vaginal	9	39,13
Cesáreo	14	60,87
Apresentação		
Cefálica	12	52,17
Não informado	11	47,83
Tipo de óbito		
Fetal	11	47,83
Neonatal precoce	12	52,17

Fonte: Informações obtidas na Vigilância Epidemiológica. Ponta Grossa – PR, 2017.

A maioria, dos bebês falecidos, era do sexo masculino (65%). Sobre o período da gestação, 40% dos casos eram pré-termo extremo (24 a 34

semanas), 30% a termo (37 a 41 semanas), 17% pré-termo (35 a 36 semanas) e 13% pós termo tardio (<42 semanas).

A média de peso das crianças foi de 1891g, sendo que 34,78% encontravam-se classificadas como peso normal e na mesma proporção como extremo baixo peso, essa classificação pode ser verificada detalhada no quadro 5.

Quadro 5 – Classificação do peso dos óbitos perinatais. Ponta Grossa - PR, 2015.

Classificação do peso	n (%)
Extremo baixo peso	8 (34,78)
Muito baixo peso	4 (17,40)
Baixo peso	3 (13,04)
Peso normal	8 (34,78)

Fonte: A autora, com base nas informações obtidas na Vigilância Epidemiológica. Ponta Grossa – PR, 2017.

Em relação ao teste sugerido pela Virginia Apgar (OLIVEIRA et al., 2012), médica norte-americana, que analisa cinco sinais do recém-nascido (aparência, pulso, gesticulação, atividade e respiração), o valor mínimo do APGAR no primeiro minuto de vida foi de 2 e o maior foi 8 e no quinto minuto de vida 2 e 9, respectivamente. Em média, as crianças entraram em óbito com 41,49 horas de vida.

Quando as mortes foram classificadas em evitáveis e não evitáveis como sugeriu MALTA (2010), 78,27% qualificaram como evitáveis. Essa classificação juntamente com as causas básicas pode ser verificada no Quadro 6.

Quadro 6 – Classificação dos óbitos perinatais, segundo evitabilidade. Ponta Grossa-PR, 2015.

Quantidade de óbitos	Causa básica	Interpretação do cid 10	Classificação
2	P220	Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer	Evitável
2	Q249	Síndrome de aspiração neonatal não especificada	Evitável
2	Q234	Síndrome do coração esquerdo hipoplásico	Não evitável
1	Q000	Anencefalia	Não evitável
1	P261	Hemorragia pulmonar maciça originada no período perinatal	Evitável

1	P209	Hipóxia intra-uterina não especificada	Evitável
4	P000	Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido	Evitável
3	P021	Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer	Evitável
1	Q208	Malformações cardíacas	Não evitável
1	P291	Disritmia cardíaca neonatal	Não evitável
1	P025	Feto e recém-nascido afetados por outras compressões do cordão umbilical	Evitável
2	P701	Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido	Evitável
1	P95	morte fetal de causa não especificada	Evitável
1	P240	Aspiração neonatal	Evitável

Fonte: A autora, com base nas informações obtidas na Vigilância Epidemiológica. Ponta Grossa – PR, 2017.

Sobre as intercorrências, 13 (57%) das entrevistadas não tiveram intercorrências gestacionais e 10 (43%) das mães tiveram pelo menos uma, essas intercorrências podem ser analisadas no Quadro 7.

Quadro 7 – Intercorrências gestacionais. Ponta Grossa – PR, 2015.

Intercorrência	n (%)
Diabetes	2 (8,70)
Eclâmpsia	3 (13,04)
Infecção urinária	3 (13,04)
Descolamento placentário	1 (4,35)
Inflamação do apêndice	1 (4,35)

Fonte: A autora, com base nas informações obtidas na Vigilância Epidemiológica. Ponta Grossa – PR, 2017.

6.2 CONTEÚDO DOS DISCURSOS

A seguir, serão apresentadas, de modo detalhado, as unidades de contexto, como suas unidades de registro e discursos exemplificadores destes.

6.2.1) SENTIMENTOS MATERNOS FRENTE À MORTE

As unidades de registro exemplificam sobre o sentimento materno ao receber à notícia durante a gestação, intraparto e pós parto.

A) Entre a impotência e o choque

Quando uma mãe é comunicada que sua gestação poderá ser finalizada de forma negativa com o óbito do seu bebê, muitas reações podem ser verificadas. O momento da notícia pode trazer choque, medo e desespero em um primeiro momento.

Ela [médica] olhou bem séria pra mim, ela falou: “mãe eu só tenho uma coisa pra te dizer: -o seu filho não é compatível com a vida!”, meu chão, eu fui do céu ao inferno! [...] Eu passei o final de semana em choque, em choque assim que eu não sabia o que fazer! (Ana Maria).

A primeira vez que ela [médica] contou que era muito grave, que talvez ele não resistisse, que se fosse pra fazer cirurgia ele não resistiria também à cirurgia [...], ai meu Deus, daí a minha ficha caiu aquela hora [...] a realidade ali, eu tava com um bomba relógio na barriga, porque uma hora ia explodir ali e ia acaba tudo né, e daí eu quase desmaiei lá, porque daí o choque foi muito grande né, do que ela contou na realidade. Daí, tanto que eu tinha comprado às coisas, tinha comprado as coisinhas pra ele assim né? Daí, quando a primeira vez que eu fiquei sabendo assim da noticia dele eu parei de comprar as coisas (Barbara).

Eu nem sei sabe, eu senti medo, e eu procurava colocar na minha cabeça que desse tudo certo né, que eu não sei, eu pensava assim, se o meu filho morrer acho que eu morro junto né, então ali nasceu o meu medo, aquele medo, aquela ansiedade, aquele nervosismo, e eu não sabia o que pensar, e eu não podia fazer nada e eu tava deitada, não podia fazer nada! (Bruna).

Das 23 mães desse estudo, 5 receberam a notícia do diagnóstico negativo, e os sentimentos nesse momento foram 100% unânimes.

B) As escolhas

Ao receber a notícia negativa sobre sua gestação, muitas mães ainda precisam passar por momentos de decisão, dos quais devem escolher sobre a continuidade da gestação, ou não, ou ainda a escolha de salvar sua própria vida. Neste estudo, duas mães precisaram encontrar uma resolução, que pode ser observada nas narrativas das mães Lilian e Ana Maria:

Aí ele [médico] falou: “nós vamos internar ela, não tem condição dela ficar em casa e vocês vão ter que escolher ou é ela ou é os bebês” então foi nossa, horrível! Eu não queria saber de mais nada. A única coisa que eu queria era as minhas filhas! Falei para o meu marido que a minha decisão já tava tomada, que eu não ia abrir mão disso. Mas o médico conversou

muito comigo que eu tinha que pensar porque eu tinha dois filhos em casa e não podia deixar eles (Lilian).

Eu lembro que eu respirei fundo, eu falei “pode falar doutora, que risco que eu corro?” ela falou “você pode ter aumento de pressão, você pode perder o útero, você pode perder as trompas, você pode perder o ovário [...] e ela falava assim “ele vai morrer, ele vai morrer, você não vai ter essa criança” ela falou “você quer assumir o risco?” eu falei “eu quero doutora, eu assumo esse risco, mas ninguém vai tirar esse filho de mim, ele vai até onde ele for e eu vou junto com ele, até onde eu achar, até onde Deus permitir que o Davi vai, eu vou junto com ele e ninguém vai tirar ele de mim, eu quero que ele cresça, eu quero que ele tenha o direito de viver, não importa o que vai acontecer!” (Ana Maria).

A necessidade de tomada de decisões difíceis em um momento tão angustiante é observada, dessa forma, o diagnóstico adverso juntamente com a iminência da morte de seu filho, as mães sentem grande tristeza, mas escolhem continuar vivendo suas gestações. No relato a seguir podemos perceber o grande amor de uma mãe pelo filho e a sua decisão em não investigar sobre o diagnóstico recebido:

Porque eu tive que ser muito forte, muito, muito forte, eu descobri uma força dentro de mim que eu não sabia que existia, eu não sabia assim que um amor por um filho podia me levar a lugares assim que eu não conhecia, quando eu descobri a respeito disso, os médicos falavam assim pra mim “você já olhou alguma coisa na internet? Você já foi pesquisar?” eu falava pros médicos “eu não, eu não quero, eu não vou, eu não vou me deixar envenenar por essas situações” [...]. Eu tinha uma meta, eu tinha um foco, que era cuidar dele, e me cuidar, porque eu sabia que eu ia encarar uma cesárea, que talvez não iria ser muito fácil, e tanto é que quando eu cheguei no hospital assim, eu me desliguei de tudo, de tudo, tudo, tudo, eu falei “filho, agora é o momento que você vai vir no mundo” (Ana Maria).

Algumas reações como manter o sigilo sobre a situação de saúde do filho e aproveitar a gestação estão presentes nos relatos maternos, porém sem fazer planos futuros com os filhos. No momento que a expectativa não foi alcançada, as mesmas se sentiram preparadas para a despedida.

Então eu fui premiada entre dez milhões de mulheres, fui premiada porque é uma doença raríssima [...] então seria a síndrome da displasia do ventrículo esquerdo [...]. O médico já no dia da consulta ele falou pra nós que a porcentagem seria de 1% de chance de sobrevivência, nesse 1% a gente se agarrou né. Eu não queria que ninguém soubesse, então eu vivi a minha gravidez inteira como se o meu nenê fosse perfeito, algumas pessoas da família sabiam que ele tinha esse problema, só que não queria que ninguém ficasse se vinculando a minha dor sabe. [...] Acho que Deus pega e fala pra você “você vai ser a escolhida” e daí não tem como ir atrás. Então a minha perda foi uma perda muito grande né, eu, na verdade assim, a gente sofre, mas ao mesmo tempo você fica com os pés no chão porque entende o que você está vivendo né. Então, por mais que você saiba que é o teu nenê né, você não consegue fazer planos dali pra frente, você faz planos até o dia dele nascer, então dali pra frente você não consegue fazer planos, você não consegue imaginar tua vida com ele. Como o médico já deixou bem claro e com os pés no chão que ia ser 1% de chance, então a gente se agarrou nas mãos de Deus e que fizesse o melhor. [...] A gente viveu a cada momento assim como se fosse o único! (Elisa).

Eu tive uma gravidez feliz, eu tentei ter uma gravidez muito feliz, porque quando as pessoas olhavam na minha barriga [...], eu não contava pras pessoas o que ele tinha, eu contei só pra minha família, meu esposo [...] porque eu não queria expor a vida do meu filho, eu não ia fazer isso com ele, e ele era, e ele é até hoje, o maior amor da minha vida [...] Eu fiz aquilo que o meu coração pediu pra eu fazer, e eu não tirei o meu filho, eu dei oportunidade pra ele viver. E eu curti ele até o momento que Deus levou ele de mim. [...] Chegou em uma altura da noite assim e ele já não tava mais passando bem [...], foi o pior momento da minha vida e da vida do meu esposo [...], meu marido olhou assim pra mim e falou “é hora da gente entregar ele, é hora da gente pedir pra Deus fazer o que precisa ser feito”, isso era 11 horas da noite, nós pegamos na mãozinha dele, oramos [...], eu olhei assim pro meu filho e falei “filho é a última vez que a mamãe vai ver você, é a última vez que a mamãe vai ver teu rosto” e eu falei pro meu filho que eu amava muito ele, que eu amei, que eu tentei fazer tudo que eu podia por ele (Ana Maria).

Quando eu tava grávida a gente não contava muito assim pros nossos pais, a gente falava assim que o nenê tinha um probleminha, mas não ficava falando que o problema era sério, que o bebê ia morrer, não falava! (Crislaine).

C) A sensação é que a tua vida não está mais em você!

No momento da perda do bebê, cada mãe pode reagir de uma maneira, algumas ficam nervosas, em choque e indignadas. Além disso, muitas vezes a notícia deve ser confirmada com exames, e essa espera para confirmar o acontecimento remete ao desespero, conforme os relatos a seguir.

Ali já meu chão já caiu, comecei a chorar [...] não consegui mais nem prestar atenção na hora do ultrassom, foi o pior momento, foi a hora de saber a notícia! (Bruna).

Daí a médica olhou, não escutou o coração. Daí eu já comecei a ficar em choque [...]. Daí ela não escutou o coração e pediu pra gente fazer um ultrassom, eu fiquei esperando duas horas e meia até eu fazer o ultrassom, naquela angústia, não sabê o que tinha acontecido com o bebê (Barbara).

Eu fiz tanta oração a Deus “me ajude, que ele seja vivo, que ele não seja morto, que seja invenção dos médicos” mas quando o bebê nasceu já tava morto. Eu ainda tinha esperança, eu pedia tanto para Deus “que ele seja vivo, que não aconteça nada com ele” (Camila).

Após a morte das crianças, tanto as mães que já tinham recebido a notícia da inviabilidade da vida, como aquelas que as perderam repentinamente na hora do parto, ou algumas horas ou dias após, seus sentimentos se assemelham e existe uma junção de sentimento de tristeza, raiva, fracasso, culpa, decepção e desânimo.

Na hora eu chorei, na hora a sensação assim é que a tua vida não tá mais em você! Assim, acho que a definição é essa assim: que eu perdi a minha vida naquele momento assim, eu não queria nada, eu só queria ir embora pra casa (Luana).

Quando eu recebi a notícia, foi a pior dor. Pra mim, o mundo tinha acabado naquela hora, aquele hospital tinha vindo tudo em cima de mim, eu não conseguia falar, eu não

conseguia, me faltava o ar, eu só pensava “meu Deus do céu, porque comigo? Por que?” Tudo as coisinhas dela eu mandei minha filha doar tudo, o carrinho, tudo, porque eu queria chegar, eu não queria ver nada! [...] É uma dor que você não imagina sabe, é uma dor que não sara! (Amanda).

Só quando acontece isso que a gente vê como dói. A gente se sente incapaz de tudo, incapaz de viver, incapaz de respirar, incapaz de amar de verdade de novo, é muito ruim, é horrível! (Carla).

Eu entrei em estado de choque, não tinha caído minha ficha ainda. Cinco minutos eu tava com meu filho, daqui a pouco a pessoa olha pra tua cara assim “me desculpe mãe, eu fiz de tudo, mas não teve como!” Daí eu peguei e fiquei assim, daí eu “e agora?” Você vai do céu ao inferno em 5 minutos, você sonha, você planeja, o meu filho foi planejado, ele foi esperado, eu levei ele pra casa e daí ele faleceu. Eu não perdi ele na barriga, ele morreu no meu braço, eu não pude fazer nada! (Julia).

Na minha impressão parece que tava caindo, girando tudo e eu tava caindo num buraco. Meu choro não saía, minha voz, nada. Na hora eu não sabia o que pensar (Geruza).

Eu me senti como se roubasse um doce de uma criança, tiraram algo importante de mim. Pra ele [médico], acho que nem pai deve ser, nunca foi pai na vida dele, porque um pai sabe a dor que um pai e uma mãe sente [...]. Você perde o chão, você perde a tua razão de viver. Desmorona teu céu [...] teu chão se abre e você sumiu. Pra mim, naquele momento, eu não tava existindo mais, eu não tinha vida mais. [...] Eu não tava esperando a notícia de “a tua filha tá morta”, eu tava esperando fazerem cesárea, tirarem ela com vida e me darem ela pra mim. [...] Nunca uma mãe espera nove meses pra receber uma notícia dessa por causa de um porco de um médico (Larissa).

Eu senti uma revolta muito grande, muito, muito grande, não tanto com os médicos porque não tinha o que fazer, mas tipo a gente pensa “porque com a gente?”. [...] A gente vê tantas drogadas, tantas pessoas que não querem ter filhos e é tudo normal [...] eu ficava revoltada com isso (Crislaine).

Aquele momento assim eu não chorei, eu não fiz nada, eu lembro que eu fiquei em estado de choque [...] era uma sensação muito ruim, eu nunca senti aquilo na minha vida. Eu fiquei em estado de choque, sem chorar, eu não conseguia. [...] Você ficar em uma maternidade, você sair da maternidade, você não sair com teu bebê é uma coisa que não entra na tua cabeça, não é o natural da vida, não é, não é uma coisa que você aceita. [...] Eu sinto culpa de ser uma mulher que não consegui gerar. A sensação que eu tenho assim é que eu não presto como mulher, não presto, porque eu vejo as outras gerando, eu vejo as outras felizes com seus filhos e porque que eu não consigo?! Sabe, é uma coisa, é um conflito comigo mesma (Ana Maria).

Na hora assim eu me senti fracassada sabe, porque eu não consegui segurar ele o tempo que ele precisava pra fazer a cirurgia (Barbara).

Eu me sinto culpada, eu acho que eu não soube me tratar muito bem. Eu sou culpada, eu sou uma péssima mãe (Camila).

D) A despedida

Apesar da notícia do óbito do bebê promover tantos sentimentos, neste momento o processo de luto apenas iniciou e as mães enfrentam outras dificuldades. Outra ocasião extremamente importante, mas difícil, são os rituais de despedida, 13 mães conseguiram participar do velório ou enterro, as demais, não puderam participar pelo internamento após cesárea.

No enterro eu senti um desespero, a criança tava naquele caixãozinho lá, tava com uma touquinha. Nossa, um desespero por aquele pedacinho de gente, fica mal, dá um ruim. É ruim você ter que enterrar tua filha, ver a criança no caixão, nossa, é muito complicado, fiquei bem ruim mesmo. E até agora a gente não fica bem, mas tem que ficar (Joelma).

Na verdade eu não gosto de mostrar muitos meus sentimentos, eu sou mais fechada nessas partes [...] eu gosto de chorar tipo sozinha, então na hora eu me barrei, mas na hora que ele chegou no cemitério eu não me aguentei, eu desabei a chorar (Joana).

A gente só enterrou, não fez velório aqui em Ponta Grossa. Meu marido foi, eu não quis ver, não criei coragem, porque eu ia ficar com uma imagem muito ruim, não queria ficar com uma imagem ruim, porque queria ficar com uma imagem dele bem, não ruim (Crislaine).

E) Convivendo com outros bebês

Nos relatos adiante nota-se que um fator de incômodo para as mães é o contato com outras crianças e os pertences do seu bebê, seja na maternidade ou no ambiente residencial:

Quando uma mãe não pode ter seu filho nos braços depois do parto, ela não quer ver ou ouvir outras mães que estão com seus bebês, ela quer ir pra casa o quanto antes, ela quer silêncio e privacidade, ela quer ser confortada por pessoas que possam lhe dar carinho (Luana).

Eu pedi pro médico pra mim ir embora, porque eu falei: “Eu não quero ficar aqui!” “Por que não?[perguntou o médico]” “Porque esse barulho de criança, de nenê, eu tenho vontade de pegar ele no colo.” Daí ele: “você não pode sair do quarto!” “então deixe eu ir embora se não vou acabar ficando louca aqui!” (Camila).

Eu me lembro que quando eu sai do hospital [...] eu vi as fraldas sabe, nossa, eu entrei em desespero, não tem explicação. Meu Deus! Eu chorava, chorava, não tem explicação à dor, é terrível, foi um pedaço de mim que foi embora, não tem como voltar mais (Elaine).

Uma mãe salientou como se sentiu melhor ao ser colocada em quarto sozinha, não precisando dividir o quarto com mães que estavam com seus bebês vivos. Em contrapartida, outra mãe contou que foi necessário sua amiga pedir para que ela fosse colocada em um quarto sem a presença de outros pacientes.

Eu fiquei num quarto sozinha, então nessa parte assim eu dou nota 10 assim sabe, porque eu fui bem tratada nessa parte, das enfermeiras, de eu não ter contato com outras mães, porque eu acho que aquilo mexia comigo, porque de eu escutar o choro dos bebês do outro quarto sabe me atingia muito, então nessa parte assim das enfermeiras, da equipe de enfermagem, depois do parto, nota 10 (Carla).

Eles me levaram pra sala de parto, aí quando eu ia retornar pro quarto, eles iam me colocar de novo no quarto com todas as mães com seus bebês saudáveis e felizes. Aí uma amiga minha fez um aoê no hospital e disse “não, vocês não podem fazer isso, vocês não podem fazer isso com ela, porque ela tá sem o nenê dela, o nenê dela tem uma chance muito pequena de sobreviver, vocês vão deixar ela naquele quarto com um monte de bebê chorando” (Luana).

6.2.2) QUEM VÊ MINHA DOR!

As unidades de registro a seguir mostram como as mães se sentem compreendidas nesse momento devastador.

A) A volta à realidade

O retorno para casa também é um momento delicado, o retornar à rotina sem seu bebê é frustrante. As mães sentem também a falta de empatia por parte das pessoas que as circundam ao usarem frases que nem sempre são entendidas como confortadoras. Assim aparece nas narrativas a seguir:

Eu meio que entrei em uma depressão, eu meio que não queria viver, eu não queria sair do quarto, eu não queria comer, eu não queria nada, nada, só chorava. [...] Eu me senti um nada assim, não sei nem o que eu senti na hora, me senti um nada, não poder fazer nada por ela (Geruza).

Depois quando eu voltei pra casa foi a hora mais difícil, porque eu olhava pra minha casa eu via um vazio dentro da minha casa assim, a minha casa é o lugar que eu mais amo ficar e de repente eu queria fugir da minha casa, eu não queria mais ficar na minha casa, porque eu olhava as coisas, eu olhava as roupinha, eu olhava tudo, eu falava “não tem sentido!” (Ana Maria).

Daí eles falam aquelas coisas “você é nova e talz”, mas a gente não quer, é uma coisa que não tem como aceitar. A hora que ele me falou “você é nova, você pode ter outro” não é questão de ser nova e ter outro filho, mas não era cachorro (Joelma).

B) Não foi com eles!

Ao retornar para casa muitas mães se sentiram solitárias e acreditavam que ninguém era capaz de entendê-las, apenas as mães que passaram pela mesma situação. Dessa forma não conseguiram expressar o que sentem pelo julgamento dos que estavam à volta. Os trechos abaixo sugerem esse entendimento:

As pessoas falam como se fosse fácil, não foi com eles! Eles falam “ah já passou”, não foi eles que sentiram. É que eles querem confortar e acabam machucando. Só quem já passou entende o que nós [mães] passamos. Porque eu acho que eu entendo o que outra mãe passou e ela também entende o que eu passei. [...] Digamos, pro vizinho era frescura, o meu marido via, minha vida era só chorar, eu não tinha vontade de comer, eu queria só ficar enfiada dentro do quarto (Julia).

É uma coisa assim que eu não desejo pra ninguém e só quem passa pra saber a dor. Até às vezes, se você for mãe, você imagina, mas você não sabe, não sabe a dor. Só as mães que perdem, só, porque você pode imaginar, mas não sentir a dor que a gente sente (Bruna).

Eu acho que a frase que diz assim “vai passar” não funciona na hora sabe, porque na hora ali querendo ou não, parece que a pessoa dizendo “vai passar” parece que não tá se importando com o que você tá sentindo sabe. Então, eu creio que a palavra que tem que ser levada para uma mãe que perde, eu creio que não é que vai passar sabe, eu creio é que nem eu recebi na hora que eu vi que ele tava morto, eu recebi “Olhe Sofia, a vontade de Deus é boa, perfeita e agradável, você tá passando, só que Deus está permitindo” Sabe, é doloroso a gente escutar isso, que Deus tá permitindo, como é que Deus vai permitir uma coisa dessa com alguém?! Eu já fui muito questionada por isso sabe [...] mas Deus é o dono da vida e o dono da morte! (Sofia).

O pessoal às vezes até evita falar do assunto, evita falar de gravidez perto de mim. [...] Não tem como você medir uma perda de vida, não tem ela perdeu com tantas semanas [...] esse negócio de querer falar pra gente, querer dar uma desculpa, é uma situação chata, um não substitui o outro! (Leticia).

Só que o problema é o depois, quando você chega na tua casa, quando as pessoas chegam pra você e falam assim “ah, logo logo vem outro”, eu sinto raiva, eu fico indignada, é um tapa na tua cara assim, eu fico chocada de ver, eu sei que não é por maldade das pessoas, eu sei que as pessoas falam e não é por maldade, mas é muito difícil. [...] As pessoas chegavam pra mim com aquele olhar de dó e piedade, aquilo acabava comigo sabe! (Ana Maria).

C) Eles também ficaram muito chocados

Pela perspectiva materna, as pessoas não entenderam o sentimento e a dor que elas estavam sentindo, uma dor que é considerada devastadora, porém, mesmo assim, essas mães notaram além de seus sentimentos – perceberam que seus familiares também sofreram com a perda. Dessa forma, o apoio é mútuo, como apresentado nas transcrições seguintes:

Eu ainda acho que meu marido sofre mais que eu. [...] Eu acordava com ele chorando, chorando desesperado, querendo ou não se apegou, sete meses. Na verdade, foi um cuidado que eu cuidei dele e ele cuidou de mim (Elaine).

Ela [filha] queria um irmãozinho, ela queria porque queria um irmãozinho, e ela não aceitava, não aceitava, e daí a psicóloga explicou que ele virou um anjinho, pra proteger, pra olhar a gente e tal, explicou e daí ela aceitou (Barbara).

Eu não sabia nem como contar pra minha filha que as minhas duas meninas tinham morrido, a primeira eu não tive coragem de contar pra eles [filhos], eu falei que não eram gêmeas, que era só uma menina que tinha lá [...]. A minha menina o que ela mais queria era ter uma irmã, e Deus tinha dado duas pra ela, mas ao mesmo tempo tinha tirado! (Lilian).

Os pais tendem a não demonstrar seus sentimentos para se manter firme e apoiar a companheira.

Ele [marido] não chorava perto de mim, em momento algum ele chorou perto de mim sabe, porque ele falou “olha, você já tá assim, se eu decair a casa cai, porque eu sou o alicerce da casa, então eu vou tentar segurar meus sentimentos pra não ver você recai ainda mais, porque eu sei que se você recai, e eu recai, você vai recai ainda mais, então o teu problema vai chegar num estado que a gente não vai conseguir te recuperar mais (Carla).

6.2.3) ASSISTÊNCIA À SAÚDE PELA PERSPECTIVA MATERNA

Na terceira unidade de contexto encontrada, foram analisados os relatos maternos frente ao atendimento recebido, desde o pré-natal até o retorno para casa após o parto.

A) Prevenção do óbito e atenção à saúde da gestante

Nesta unidade de registro, as mães relataram o desejo de terem sido acompanhadas de modo mais frequente durante a gestação por acreditarem que as mudanças gestacionais podem ser repentinas:

Eu acho que eles deviam assim não ter uma consulta por mês, esperar aqueles 20 tantos dias, 30 dias. Eles deviam ter um acompanhamento mais curto, de 10 em 10 dias assim pra acompanhar mesmo. É questão de dias, é questão de segundo, é questão de minuto. [...] Eu acho que se tivesse assim mais ultrassom pra ver, pra ficar verificando, sabe?! (Amanda).

Eu acho muito pouco esse uma vez por mês, eu acho que tem que ter um acompanhamento mais preciso até, ainda mais assim se a gente tem uma pressão alta, alguma coisa assim pra tratar (Camila).

Junto à maior frequência de encontros com a equipe de saúde, ainda, acreditavam que medidas que demonstrassem maior cuidado profissional poderiam ter evitado o desfecho infeliz que tiveram com seus filhos, conforme se observa no relato da mãe Camila:

Eu não fiz muitos exames, alguns só que ele [médico] me pediu, não todos. A pressão era medida de vez em quando, da glicose fiz, acredito que fiz umas duas vezes ultrassom. Gostaria que as consultas fossem de 15 em 15 dias (Camila).

B) Atenção recebida

Ao analisar o atendimento de saúde prestado às mães, fragilidades da assistência foram elencadas, tais como: falta de empatia dos profissionais, atendimento às mães sem solidariedade ao momento difícil vivido pelo óbito, isolamento da mãe na unidade hospitalar.

Eu fiquei abandonada a noite inteira ninguém sabia que eu tinha sido internada [...] ele [filho] me cuidou, porque se eu tivesse morrido naquela hora, ninguém ia sabê, ninguém ia vê. [...] E eu lá sabendo que a criança tava morta e fiquei lá, fiquei a noite inteira com o bebê morto na minha barriga, que ninguém, ninguém foi [...] deixaram eu isolada lá num quarto, se eu tivesse morrido lá ninguém ia sabe que eu tava lá. Eu acho que eles [profissionais] [...] tinham que ser mais humanos [...] pra eles é um corpo como qualquer um né, morreu lá [...] mas pra mãe [...] é muito triste, é uma dor assim... (Barbara).

O excesso de intervenções sobre o corpo materno foi sentido também como desconfortável, constrangedor e inconveniente. Também, a não

permissão para nomear e segurar o bebê falecido são aspectos mencionados como marcas do evento do óbito.

Ele [médico] ficava ali mexendo, daí eu não aguentava, daí umas horas eu dei até um chute nele lá porque eu não aguentava, ele vinha que nem um cavalo pra cima de mim [...] ele vinha como se a gente fosse um bicho ali na cama que ele vinha tratar a gente. A única coisa que eu queria mesmo, é que eles tivessem deixado eu dar nome pro meu nenê, era a única coisa que eu queria. [...] Eu entendo que ele tem um nome, porque eu escolhi um nome pra ele. [...] (Bianca).

Minhas mãos, a mãe não conseguia segurar porque eles [profissionais] amarraram minhas mãos [...] Só me mostraram [o bebê], não me deixaram pegar, ele [médico] falou assim "eu podia até deixar você pegar um pouquinho no colo!" Mas, diz que feto não dá pra pegar, né? (Mariana).

A desatenção, a falta de vocação profissional para cuidar de seres humanos, e o não reconhecimento ao sentimento de fracasso materno pela perda do filho, são dimensões manifestas nos discursos maternos de modo intenso - sugerindo ausência de práticas humanizadas, desde o acolhimento até a saída da mãe da maternidade.

Não tive nada de atenção, me trataram igual um cachorro. Pior que um cachorro. Porque nem animal a gente trata dessa forma. Porque eu acho que uma pessoa que vai lá e jura, tá fazendo curso e tá jurando ali que vai salvar vida, pra mim ele [médico] não salvou vida, ele matou minha filha (Larissa).

Porque como tem pessoas abençoadas que a gente sabe que tem, tem umas que eu não sei o que tão fazendo ali [...] não é a vocação da pessoa. [...] A gente confia em vocês né, a gente vai fazer o que vocês pedirem. [...] Eu acho que foi negligência da médica [...]. Todo mundo diz: "porque você não vai atrás, você vai conseguir um bom dinheiro", mas não vai trazer meu filho de novo, eu só não queria que acontecesse com outras mães (Julia).

E você se sente fracassada, porque você não conseguiu nem gerar. [...] Eles devem fazer uma equipe que tenha assim uma assistente social, um psicólogo já ali na hora. Aconteceu, psicólogo ou assistente social tá ali já "olha mãe, vamos conversa" ou "óh mãe, o que nós podemos fazer pra te ajudar?" (Barbara).

Mas, ao recontar os fatos, as entrevistadas ainda apontaram habilidades que sentiram ausência nos profissionais que as atenderam.

Médico tem que ter paciência com a gente, porque a gente chega lá com os pensamentos a mil e principalmente a parte de enfermagem, a gente vê que algumas enfermeiras não gostam da profissão, isso é o teu bom atendimento, a tua paciência, a tua preparação psicológica pra você, pra conversar com a pessoa, isso é importante (Elisa).

Eles precisam ter mais calma. Não é porque você tá grávida ali que na hora que eles querem tem que sair a criança, tem que ter mais calma com a pessoa ali, não ficar fazendo que a pessoa fique fazendo um monte de coisa lá dentro do hospital, agachamento, sentar em bola, fazer isso e aquilo, não é assim que vai ganhar uma criança, é fazendo a força mesmo né. E paciência também com as mães que já tão com a criança morta dentro da barriga, não chegar que nem uns cavalão (Bianca).

Indiferente se você está no posto de enfermeira ou médica, você é um ser humano como eu [...] você tem que tratar da pessoa, se pôr no lugar da pessoa, que assim você vai tentar entender o que tá se passando com ela (Júlia).

Foi narrada também a comparação entre a atenção prestada em cidade de pequeno porte com aquela de grande porte. Segundo as entrevistadas, mães da cidade pequena que passam por uma situação de perder um filho não são atendidas em todas as suas necessidades psicológicas, o tratamento é diferenciado em uma cidade maior. Assim como, ao necessitar de um atendimento diferenciado que não possui na cidade de residência, a mãe procura por conta própria um atendimento.

Ainda fiquei nessa correria, atrás dos papel para eles me transferirem pra Curitiba , "ah por que não podia, porque ele tinha que nascer aqui, porque não tinha como transferir pra lá", aquela burocracia toda. E eu falando que não podia, carta de médico da maternidade 1 tinha dizendo que ele não podia nascer aqui, que tinham que transferir ele pra Curitiba, do obstetra, no caso o chefe da maternidade 1, que foi feito uma carta que daí eu tive que encaminhar e levei lá no Centro da Mulher. E do Centro da mulher foi encaminhado também de novo para 26 de outubro, e eu fiquei nessa espera. Dessa transferência, fui lá e, nada! Daí tive que ir de novo na Prefeitura. Corri atrás até de vereador mesmo. Mesmo assim eles, porque na hora que eles precisam eles tão estendendo a mão. Mas daí a gente correu atrás e fui lá de novo, conversei com eles, e daí demorou um tempão, Tava já de 7 pra 8 já, até eles conseguirem me transferir, daí me transferiram lá pra maternidade. É mais longe de Curitiba ainda, então, pra lá não adiantava. E eu não tinha nem como ficar lá nessa maternidade 4 que era mais pra frente, e ele podia nascer lá e ser transferido de qualquer forma pro hospital 5, era um hospital grande tudo lá. Até atendem, até fui consultar lá, eles atendem você muito bem também, daí não teve queixa, tanto aqui como lá. Tanto lá na maternidade 4, como ali em Curitiba no hospital 5 e 6. Ali, você é muito bem atendido, sabe? Não tenho queixa lá. E aqui foi bem, realmente bem difícil pra mim, sabe? Bem difícil! Aqui em Ponta Grossa não tive nenhum acompanhamento psicológico, só em Curitiba. As gestantes precisam ser melhores atendidas (Bruna).

Em contrapartida, algumas equipes foram elogiadas pelo cuidado humanizado e por demonstrarem carinho no momento avassalador. Outras equipes foram aprovadas parcialmente.

O médico é uma das coisas legais que eu achei dele, é que no outro dia de manhã ele soube do neném, ele foi até o quarto conversa comigo, e de, uma certa forma, tentar me apoiar. Então, eu achei assim super importante. Obstetra de Curitiba! Então, eu achei a atitude dele foi uma atitude muito importante, você não se sente abandonada, nessa situação. E você sabe que ele fez o melhor dele pra te ajudar. Eles [maternidade fora da cidade] já são preparados pra isso e a preparação deles pra parte psicológica é muito boa, e isso faz falta aqui, eu vejo que faz falta [...] isso, de te chamarem na salinha, explicarem tua situação e te dar apoio no que você precisa (Elisa).

Acho que todo mundo assim de uma certa forma imagina o quanto é difícil, o quanto é complicado, então todos os médicos que passaram pela gente assim foram muito humanos, não foram apenas técnicos de dizer "olha teu filho vai morrer", não, porque a médica que veio dizer que ele ia morrer, ela teve todo cuidado do mundo assim pra dizer (Crislaine).

Existe profissional que dá atenção pra você que nem você fosse parente dele, da tua família, que foi o que meu médico fez comigo, agora existe gente que não te dá a mínima

importância sabe, parece que não tá acontecendo, é como se fosse um bichinho sem importância (Sofia).

C) Processos de comunicação do óbito e intervenções de saúde

Nesta unidade de registro foi possível verificar que, segundo a perspectiva materna, houve insuficiência de esclarecimentos sobre os procedimentos de saúde adotados nas intervenções e, também, sobre a gravidade da situação, as causas dos óbitos e os processos que se deram após a comunicação da morte. Esses achados deixaram as mães mais preocupadas e revoltadas.

Eu não sei porque eles amarraram minhas mãos [...] daí eu perguntei pra enfermeira porque amarraram? e ela falou: "não interessa porque nós amarramos, nós amarramos a mão de todo mundo, e vocês gestantes querem dar uma de metida, vocês querem pegar e pôr a mão na mão da gente quando a gente vai tirar o resto de vocês (Mariana).

Eu queria que eles tivessem conversado, tivessem explicado direito, que no caso eles não vieram explicar pra mim, quem veio explicar pra mim foi a minha cunhada, as enfermeiras não conversaram nada comigo! (Sabrina).

Ninguém me explicou, até hoje ninguém me falou nada, eu não sei o motivo. Até agora, nem médico, nem nada, ninguém me falou nada (Amanda).

Trouxe ele dentro de um caixão, e não ter um médico pra dar uma explicação pra gente? Nada! Daí eles falam que não querem que eu tenha dúvida, mas, falei: como que não vou ter dúvida? Uma que não tinha ninguém pra me explicar o que aconteceu, outra que as enfermeiras não podem falar pra gente se não é problema pra elas, daí eu sai do mesmo jeito que eu entrei: sem saber nada. Daí só soube, quando li a certidão de óbito dele, que foi coração e falência dos órgãos. Eu falei: mais coração não foi! Ah de jeito nenhum! Teimo até hoje que não foi coração. Tudo que aconteceu, tinham que explicar pelo menos o motivo que chegou a acontece isso, eles têm que tá a par [...] eles tinham que ter falado realmente, checado, sentado, explicado o que aconteceu, porque aconteceu, que que ocorreu, o que deu errado ali. Pra gente não saí com essas dúvidas. Vai ver quantas mães mais saíram com essas dúvida dali. (Yasmin).

Eu gostaria que ele [médico] tivesse me explicado, pelo menos bem certo e tal. Tivesse vindo conversar comigo de frente, eu não ia pular nele, eu não ia fazer nada, ele podia ter vindo conversar. [...] Ele foi frio (Joelma).

A falta de explicação clara sobre as possibilidades que poderiam ter gerado o óbito do filho favoreceram a permanência da desconfiança materna sobre a causa comunicada na Declaração de Óbito.

Na declaração de óbito está que foi por causa não especificada, mais diabetes e mais tabagismo, eu não sei dizer se concordo porque nas gestações anteriores eu também fumei, e olhe, todos nasceram bom, então eu acho que o tabagismo não tem influência na gestação, ele não morreu por causa disso! Claro que eu sei que cada gestação é uma, mas, não fez mal em nenhuma! Então, não acho que nessa foi à causa (Amanda).

Além disso, a comunicação verbal empregada com a mãe foi razão de memória de tristeza e mágoa descritas pelas entrevistadas. No relato da mãe Ana Maria, percebe-se que ela se chateou sobre como o médico chamou seu filho. Também, no discurso da mãe Luana, há referência ao modo como a assistente social perguntou sobre o velório de sua filha. E na narrativa da mãe Amanda pode-se perceber que a mesma não entendia o que sua médica lhe informava.

Ela ficava chamando meu filho de feto e aquilo doía muito pra mim. Cortava o coração, porque eu já sabia que ele era um menino, ele já tinha nome (Ana Maria).

As explicações eram muito superficiais. [...] Teve uma hora em que uma assistente social chegou no quarto e perguntou se eu queria fazer velório ou enterrar a minha filha diretamente. Eu nem respondi. O que eu queria era a minha filha viva. Esse foi o único contato que eu tive com a assistente social (Luana).

Principalmente pros médicos cubanos, que não entendem quase nada, que a médica quando eu falava não entendia quase nada, e a linguagem que ela falava eu pouco entendia! (Amanda).

D) Assistência privada versus SUS

Notou-se que as mães culpavam o serviço ofertado pelo SUS e consideravam melhor a assistência dos convênios e particulares. A dor, o descaso, desrespeito, e a coisificação do ser humano, são algumas dimensões sentidas e mencionadas nesta unidade de registro. Muitas mães acreditavam que se tivessem sido tratadas por outro prestador, suas crianças poderiam estar bem.

O pago é outros 500 [...] nós fica de um lado, e os particular ficam de outro, você vê que o tratamento é diferente, você vê que é uma coisinha melhor. [...] Aí pelo SUS você sabe que é tudo mais sofrido, tudo mais complicado, que nem o ultrassom, imagine, eu com descolamento da placenta, precisa de um ultrassom, e não tinha como (Julia).

Agora também quero pagar um parto, não quero mais pelo SUS, porque ai meu Deus do céu: é muito dolorido! Eu acho que foi culpa do SUS! Porque no particular a gente sabe que é tudo diferente. [...] Teve algumas coisas que aconteceram comigo lá que dói demais sabe [...], eles me levaram pra sala de cirurgia, fizeram o que era necessário e aí me colocaram no corredor, imagina, eu com meu filho quase morto, não sabia se ele tava bem ou tava mal, toda ensanguentada, bem dizer, jogada como se fosse um saco de lixo no corredor, isso me doeu demais, porque naquela hora eu me senti um saco de lixo. Aquilo de você perguntar pra uma pessoa "eu quero saber notícias do meu filho" e ninguém saber te responder. Você pedir pras pessoas te tirem dali porque você tá tudo ensanguentada, você não sabe como que você tá, se você tá nu, se tá aparecendo tuas partes íntimas, você não sabe [...] Aquilo me doeu demais, e eu sei que se eu tivesse no particular, isso não teria acontecido, jamais (Carla).

Às vezes eu até penso "e se eu não tivesse feito pelo SUS, tivesse feito pelo particular será que teria sido diferente?!" (Leticia).

Por conseguinte, ao planejar outra gravidez, as mães confirmam que seu desejo era mudar para um prestador conveniado ou particular na convicção de receber um atendimento mais qualificado.

Se eu tivesse condição de pagar, [...] se um dia eu quiser ter outro nenê, se eu tiver trabalhando, eu vou preferir pagar (Sabrina).

Que nem eu falei, eu vou tentar pagar até, se eu puder pagar o parto, eu vou tentar, eu tô com esse pensamento, se eu puder pagar, eu vou ser tratada de outro jeito, agora se for pelo SUS o medo vai ser maior ainda, claro que os riscos tem, quando é no particular, quando é no público, sempre tem, mas o tratamento é outro, sem dúvidas! (Carla).

6.2.4) RESSIGNIFICAÇÃO DA PERDA

Por fim, a categoria Ressignificação da perda demonstra as medidas que as mães tomaram para se reerguer após a perda de seus filhos e quem foram às pessoas que as ajudaram.

A) O que / quem me ajudou?

O conflito entre o desejo pessoal de manter o filho ao seu lado e, por outro lado, aceitar que o ente querido talvez não tivesse um desfecho de sobrevivência dentro do padrão social da normalidade, é presente nas falas maternas. Percebe-se que suposições sobre a vida pós-morte sem dor, livre de intervenções que provocam sofrimento, e com mais alegria, são reações de auto conforto que se manifestam entre as entrevistas. Nota-se, ainda, que a aceitação de um plano sobrenatural para o acontecimento traz alento aos sentimentos.

Mesmo se a minha filha, a última, tivesse sobrevivido, ela seria especial. Igual à médica falou "Se isso serve de consolo..." Pra mim não serve. Independente se ela fosse especial ou não, eu queria ela comigo. Mas será que isso é o que ela ia querer pra ela?! Será que ela não ia sofrer demais desse jeito aqui? (Joana).

Eu tenho assim na minha cabeça pra não ficar tentando remoer, tentando não pensar em outras coisas, eu tenho assim que ele foi um escolhido, que nem eu sempre coloco no Facebook, que ele foi meu presente temporário, sabe? que Deus queria ele pra ele, Deus queria o Arthur pra ele, não era pra ser meu, então é esse pensamento! (Carla).

Deus às vezes quis me poupar, quis poupar a nossa família, e de repente ele ia ter uma doença assim que toda hora ia tá no hospital, ou ele ia fazê a cirurgia e não ia resistir, ou cada passo ia tá fazendo cirurgia, eu ia sofrê, ele ia sofrê, a família inteira ia sofrê. Vai vê que Deus falô, penso: "ah vamos analisá, ele vai comigo aqui agora já, e daí pra ele não ficá sofrendo" (Barbara).

A espiritualidade e a fé fazem com que as mães se sintam fortalecidas. A figura divina é posta como o primeiro ajudador, o mais importante socorro e a base da busca da compreensão para o acontecido. A projeção de que a criança era tão especial que não poderia conviver com a humanidade e Deus o levou para si, também foi manifesto entre os discursos.

Então creio que, querendo ou não, Deus cuida da gente. Se eu tivesse pego no colo, Deus sabe até onde a gente suporta... Se eu tivesse pego no colo e visto, eu acho que eu não suportaria, então eu sou grata por tudo que Ele fez, por mais que o meu bebê não seja aqui (Sofia).

Minha mãe e meu marido foram meus alicerces. Se não, não taria. E Deus em primeiro lugar. Minha mãe sempre diz pra mim que tudo é da vontade de Deus. De repente se ela viesse chegar no mundo, de repente poderia ter um probleminha, alguma coisa, o sofrimento ia ser muito maior. Então acho que esse é a nossa base (Elaine).

Como a gente sempre foi muito apegado a Deus, sempre da igreja. Foi uma coisa que parece que tudo aconteceu, mas, Deus já tinha me pegado no colo e me explicado, entende? É uma coisa que vinha muito na minha cabeça assim, que eu olhava pro rostinho dele, né, é que ele voltou pra parte de Deus porque ele era muito especial para esse mundo, se a gente for ver no mundo que a gente vive, então que ele era um ser muito especial que até Deus quis ele.[...] Eu acredito que o fato de conhecer Jesus, conhecer Deus, ter se apegado, foi uma coisa bem importante na minha recuperação assim (Leticia).

O apoio mais manifesto entre as mães na reestruturação da vida e entendimento das perdas foi o familiar. Não apenas verbalmente, mas, o fato de terem outros filhos ou pessoas dependendo dessas mães as exigiu enfrentar a realidade e se apresentar forte perante sua comunidade.

Minha família, minha família sempre tava aqui, conversava comigo. E, também, porque tem gente que depende de mim, minha neta mora comigo, eu tenho a guarda dela, ela tem 3 anos, e ela depende de mim, então isso me ajudou muito a se levantar (Amanda).

Eu tinha mais uma filha e mais os dois, uma de 6 anos e um piázinho de 5, então eu tinha que ter força e ficar de pé, foi muito difícil, mas eu tinha que ficar de pé! [...] Aí as crianças tinham vindo passar o final de semana comigo, meu ex-marido tava voltando pra buscar eles, aí ele falou assim "olha eu fui buscar as crianças pro teu ex-marido não te ver nessa situação, mas se ele te ver nessa situação eu tenho certeza que na mesma hora ele vai entrar na justiça e vai tentar te arrancar os teus dois filhos, você já perdeu dois, você quer perder mais dois?" Eu falei: não! "Então levanta daí por favor, eu sozinho não vou dar conta de tudo!" Aí foi assim que eu me obriguei a levantar, pra voltar, pelo menos pra tentar ter uma vida normal, tento trabalhar hoje, cuidar dos meus filhos porque é por eles que eu tenho que fazer isso, se eu não tivesse eles realmente eu não tinha suportado, não tinha mesmo. Uma dor insuportável, por fora eu tô inteira, mas, por dentro, todo dia, eu tô completamente destruída, porque é horrível você perder um, imagina dois (Lilian).

Uma dor no coração, porque é foda. É um filho da gente que tá ali! Eu só pensava no meu outro que tava aqui fora, que era a minha força, eu só pensava nele (Bianca).

Entretanto, nem sempre a família e as pessoas próximas conseguem ajudar as mães em todas as suas necessidades. Para aquelas que puderam

ter o contato profissional com um psicólogo, essa ajuda que 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 que virá ao final da gestação.

Me ajudou bastante assim por falar sobre o assunto, é que nem meu marido falou, o psicólogo tem um jeito de falar com a gente, que nem, por mais que as pessoas venham e conversem com a gente, que não é assim que funciona, a gente não consegue concordar com o que tá acontecendo, e quando vem um psicólogo que conversa, fala, ele já tem um jeito de conversar com a gente, a gente consegue entender que não é assim que funciona sabe, é muito bom, isso me ajudou bastante (Carla).

Só que a gente já tava esperando, a gente ficou triste, chorou, ficou muito revoltado. Depois que a psicóloga passou pra conversar com a gente, a gente se acalmou. Quando a gente voltou pra casa a gente tava bem. Não bem! Mas a gente tava tranquilo, tava em paz, tava forte (Crislaine).

Eu comecei a fazer tratamento também com a psicóloga, isso pra mim foi muito importante, muito importante, eu já com 7 meses falei eu vou começar a me preparar pro parto e pós-parto e já fui pra psicóloga, já fui e fui começando a me estruturar assim (Ana Maria).

No entanto, nem todas as mães obtiveram o apoio psicológico, porém encontraram outros caminhos para entendimento de suas perdas. Poder viver seu luto, demonstrar seus sentimentos e compartilhar suas experiências e angústias com as pessoas que estão em volta são possibilidades de uma vivência mais real e de uma dor que não se estende patologicamente entre as mães.

Uma coisa que ela [prima] falou pra mim foi a questão: "Viva teu luto!" Ela falou "não tente se fazer de forte, forte a todo momento! A gente sabe que não é forte todo momento. Viva teu luto! Se permita viver, se permita chorar, se permita até questionar, às vezes questionar Deus" [...] Então eu vivi o luto, chorei bastante, apesar de ser apegada em Deus tudo, a gente chora. É uma perda, e isso foi uma coisa que eu realmente tava precisando ouvir, porque eu tava tentando me fazer de forte. Querer dizer que tá tudo bem apesar de tudo. [...] Ela foi aquele tipo de pessoa que veio, que sentava perto de mim e me escutava, então o fato de eu ter com quem falar sobre aquilo (Leticia).

Nos primeiros meses não queria falar com ninguém sobre nada. Não queria ver ninguém. Depois eu comecei a contar e isso ajuda bastante (Luana).

Então, depois que aconteceu eu queria muito falar, queria muito falar, e assim todo mundo ia na nossa casa achando que a gente tava muito mal, e na verdade não! A gente ficou muito forte, porque a gente viu ele muito mal e a gente se conformou de uma certa forma porque o sofrimento dele tinha acabado, então a gente contava pra todo mundo que ia lá. A gente contava, contava, contava, e acho que isso ajudou muito, porque a gente não ficou guardando assim, né? A gente contou tudo assim, soltou tudo! (Crislaine).

No entanto, falar não é uma escolha ou habilidade de todas as mães. Algumas sentem dificuldade de falar sobre o assunto, em especial com pessoas próximas.

Eu pra falar bem a verdade pra você que não consigo conversar com o meu marido sobre isso. A gente, tanto ele como eu, a gente não puxa assunto nenhum. A gente não fala assim o que que a gente poderia ter. Só uma coisa assim ou outra ele fala. Mas, assim, falou, morreu o assunto! (Elisa).

De forma particular, há quem prefira não falar mais sobre o assunto para não reviver o momento, na tentativa de fugir da angústia.

Eu já procuro não falar muito, eu já sou de guardar pra mim, então parece que se eu contar eu sofro mais (Bruna).

Ainda, sem apoio psicológico e não podendo falar com a família, uma das mães relatou recorrer à medicalização para não deprimir. Mas, não negou a necessidade de continuar demandando outro tipo de suporte.

Eu acho que precisava desse apoio, até hoje eu acho que preciso. Na verdade eu tô dopada com remédio, então não corri atrás mesmo. Eu tô tomando remédio diretamente, que eu consulto com o clínico geral e com a minha médica que é ginecologista. Hoje assim, eu tô bem. Mas, tomando remédio, tudo certinho, porque se não... (Elaine).

Em contrapartida, a maioria das mães sente que as pessoas não as entendiam e se incomodavam ao escutar seus sentimentos, além de não saberem como lidar com a situação. Dessa forma, as mães preferiam o isolamento social e acreditavam que apenas Deus poderia ajudar nesse conflito interno.

Olha, na verdade, na hora a gente não gosta de ouvir nada. A gente não gosta, a gente se cala pro mundo. A gente não quer ouvir nada de ninguém. Você quer viver a tua dor. [...] O que é muito importante é as pessoas chegarem e te abraçarem, isso não acontece [...] eu acho que faz falta. As pessoas têm medo de conversar com a gente sobre isso [...] quem perguntasse eu respondia, só que as pessoas têm medo de perguntar e conversar sobre isso com a gente (Elisa).

Não tive assistência de ninguém! Nem na minha igreja eu tive assistência! Que daí você tem o pai espiritual, você quer o apoio deles. Eu caí em depressão! O único que teve do meu lado foi o meu esposo, que foi o meu alicerce (Julia).

As pessoas de dentro da igreja falaram pra mim: "-É porque Deus quis! Porque foi melhor!" Nunca que você vai colocar na tua cabeça que pegar e tirar um filho teu vai ser melhor. Você vai ter a perca daquele filho ali vai ser uma coisa boa, nunca! (Joelma).

Entretanto, as mães revelam sobre o apoio mútuo com outras mães que vivenciaram uma situação semelhante, elas se sentem compreendidas. Saber

que não é a única mãe que perdeu um bebê, falar com e ouvir experiências de quem passou por vivência em comum torna completamente diferente para as mães, possibilitando a compreensão e o alívio.

Eu acho que alivia quem sabe um pouco o peso [...] parece que você não é a única, que não é só você que tem isso, a gente vê também a dor dos outros, pensa (Laura).

Uma coisa que quando eu tava no hospital minha prima falou foi que esse negócio é um fusca amarelo, eu fiquei meio assim: -por que fusca amarelo? "-Você nunca viu um até comprar um, depois que você compra um você vê um monte!" E só depois que eu perdi que eu descobri que ela já tinha passado por isso, que minha vizinha tinha passado por isso várias vezes. [...] que nem lá no grupo, em alguns grupos que eu participei que a mãe ficava ali todo dia: "-Faz um mês, um dia e 3 horas que aconteceu!" Fica remoendo. Então eu acho que eles deviam é oferecer uma ajuda para as mães que perdem um bebê, psicológico ou até mesmo um ombro, porque a gente conversando com essas mães também ajuda a gente! (Leticia).

Quando acontece a gente acha que é só a gente, a gente se pergunta: "-Por que eu? Por que eu fui escolhida?" A gente não vê que tem várias mulheres passando por isso, a gente não enxerga. Aí quando vem alguém e fala pra gente: "-Olha, isso aconteceu com tal pessoa, isso aconteceu com fulana e consegui superar, você também vai conseguir!" Então, a gente vê que não é só com a gente, que não é só a gente que tá passando por isso. Então, eu acho que foi bastante isso que me ajudou: foi o relato de outras mães que passaram. (Carla)

Diante de grupos de apoio com composição mista (em relação ao disparador da participação no grupo), foi manifesta a dificuldade de ser compreendida pelo grupo formado. Além disso, foi revelado um incômodo materno pelo desconhecimento da causa da morte da criança. Tal fato gerou inquietação e dificuldade de entendimento da situação.

Nós tamo fazendo terapia de grupo agora. Só que ali é tudo junto. Tem eu que perdi o bebê, daí tem uma senhora que é com problema de bebida em casa, tem uma outra que não sei o quê, daí uma outra que não sei o quê, e misturô tudo. Eu me senti assim esquisita. Que ali cada um conta a história né. [...] Tô indo pra vê o quê que dá, mas, sempre eu assim escuto mais elas, do que elas eu. Sempre eu tô fazendo uma coisa ou outra pra vê se não vem aquelas lembranças de volta. Mas, às vezes a gente tá quieto, sossegado, e volta aquilo. E eu fico imaginando: "-Meu Deus do céu: o que que será aconteceu com esse menino? Por que não falam a verdade?! (Yasmin).

B) Atualmente, como estou?

Ao serem questionadas sobre o porquê imaginavam que essa situação havia acontecido com elas, às mães não conseguiram elaborar uma certeza do motivo, mas retiraram aprendizados que foram proporcionados em um momento de grande angústia, exemplificados nos trechos a seguir:

A psicóloga falou assim: "-Depois de um ano você pensa bem, aconteceu isso, mas o que que aconteceu que mudou tua vida?" Aconteceu que eu fiz a redução de estômago, pensei na minha saúde que antes eu não pensava, já emagreci 51 quilos, eu estudei, fiz o concurso pra professora, passei, tô trabalhando como professora, antes eu era servente escolar. Então assim, ele me ajudou de algum modo a me priorizar [...], pensa na minha saúde, pensei na

minha profissão. Claro que eu daria tudo, continuaria servente, continuaria gorda e com ele aqui né, mas ele assim me ajudou (Bárbara).

Eu acho que essa é a nossa missão! Eu acredito que depois de tudo que a gente acaba passando, agora assim, colocando os sentimentos no lugar, colocando a cabeça no lugar, eu entendo que eu fui privilegiada em viver essa história, de viver esse momento com meu filho. Por mais difícil que fosse pra mim, mas hoje eu me sinto, ele me fez uma pessoa melhor, porque quanta coisa eu passei, quanta coisa eu aprendi em toda essa situação. Tudo que aconteceu valeu a pena, e de fato, valeu muito a pena sabe, de eu ter pegado ele no meu colo, de eu ter dado ele de mamar, de ter sabe, dar um pouquinho de carinho pra ele, sabe, senti um pouquinho de saber o que é ser mãe, valeu a pena (Ana Maria).

Ele [filho] assim veio parece pra dar lição, parece que ensinar, pra unir, até mesmo a nossa família, porque ele uniu mais, principalmente eu com o meu marido. Ele mudou nossa vida muito, muito mesmo, então hoje a gente é outra pessoa, a gente teve um ensino de vida com tudo que a gente passou, um aprendizado muito grande com a vida dele (Bruna).

Mas eu sempre pergunto “-Por que Ele fez isso?”, mas eu não tenho resposta, não tenho, não tem como a gente ter uma resposta sobre isso. Todo mundo falava pra mim assim “-Se Deus te mandou gêmeos é porque você tem capacidade” mas depois Ele me tirou eu pensei “será que é porque eu não tenho capacidade de cuidar deles?! Será que eu fiz algo errado?!” Eu sei que Ele tem um plano maior (Lilian).

Apesar dos aprendizados, uma dúvida permanecia: as mães poderiam ainda se considerar mães ou suas identidades haviam ido a óbito juntamente com seus filhos?

Hoje a minha dificuldade é quando perguntam se eu tenho filhos, daí eu não sei se digo que tenho e já tá no céu ou se eu não falo. Eu tenho essa dúvida ainda (Elaine).

Pra mim, eu sou mãe, eu sou mãe porque eu carreguei ele, claro que isso não justifica, de eu ter carregado ele por 9 meses, não justifica, mas o meu coração é dele, então na minha mente eu sou mãe e ponto. Então mesmo se as pessoas perguntarem “-Você é mãe? Quantos filhos você tem?”. “-Eu tenho um, só que infelizmente já é morto, morreu”, daí eu explico (Carla).

Às vezes eu não sei o que eu respondo, se eu tive ou não tive [filho], se eu tenho ou não tenho. Então... é complicado! (Elisa).

Todavia, mesmo as mães voltando as suas rotinas, elas relataram que o luto ao perder um filho perdurava e acreditavam que nunca passaria.

Por causa da depressão, não sei, eu tentei me matar [...] a gente fica fora de si, porque a gente nunca vai ficar normal, porque você nunca vai ficar normal com uma perda que você tanto esperava, você nunca vai voltar a ser normal e não adianta ninguém dizer que vai, porque não vai. [...] Hoje eu convivo, tento fazer uma coisa aqui, uma coisa lá, diferente assim pra mim tomar uma parte do meu tempo, porquê se eu tô em casa, eu tô pensando [...]. É uma coisa que você fica tentando achar um meio, uma saída, mas você sempre vai ficar arrodando naquilo, você nunca vai esquecer. É uma ferida viva que você têm sempre com você, você tá ali? tá, a ferida tá ali a vida inteira. Esse luto continua sempre, não tem assim o que passe, não tem. Você espera assim que os filhos enterrem os pais e não os pais enterrem os filhos (Larissa).

É uma coisa que você tá vivenciando todos os dias [...], acompanha os anos do que ela poderia tá fazendo. Então não tem como você se desligar dessa forma, dizer assim: “-Ai morreu”, não tem mais o que fazer, então você fica imaginando todos os dias (Elisa).

O que me fortalece é Deus todos os dias, mas a saudade dele, nunca, até o fim da minha vida vai ficar, não passa, é pra sempre, é pra sempre. É um pedaço da gente que vai embora e não tem o que fazer, infelizmente. Só que você tem que, tem que viver tua vida, você não pode parar (Bruna).

Apesar das entrevistas acontecerem após 1 ano ou mais do ocorrido, e as mães conseguirem conversar sobre o assunto, isso não significou o fim do luto. Algumas mães ainda buscavam a ressignificação de sua perda, e demonstraram sinais de grande tristeza, como percebe-se nos relatos a seguir:

Eu vou desistir, desistir de viver, porque praticamente já foi duas, minha sobrinha era mesma coisa que minha [...]. É foda você perder duas pessoas juntas. [...] Mas o meu pequeno eu não consegui nem sentir, pegar, sei lá, eu sinto falta. [...] Diz que essa febre, que deu em mim e nele, mata os dois, mas que tivesse matado, melhor do que ficar sofrendo. Ai eles falaram “-Ah você tem que pensar, você tem mais filhos, não é só esse que você perdeu”, mas eu sei lá, não tenho mais vontade de nada nessa vida, eu trabalho porque sou obrigada (Camila).

Se você não tiver alguma coisa pra se agarrar, se você não se agarrar com Deus, eu acho que eu, sei lá. Sabe, eu tinha dia que dava vontade de sair e ir se jogar, mas ai eu pensava que tinha gente que dependia de mim, que depende ainda, então, mas tem dia que é difícil. Depois de um ano e pouco, ainda, olhe tem dia que não é fácil, principalmente quando eu fico sozinha sabe (Amanda).

Como eu falo: “Por fora eu tô inteira, mas por dentro todo dia eu tô destruída”. Não sei, acho que ainda vai levar um tempinho pra mim superar de vez, de vez mesmo. Sei que a dor vai ser pro resto da vida, mas pra mim superar, parar de achar um culpado. [...] Eu culpo a mim mesma, eu acho que eu não era capaz de cuidar, mas tento levar pensando que Deus tem um propósito maior nisso na minha vida por isso Ele acabou tirando as minhas meninas (Joana).

Sentimentos como raiva, culpa e dúvidas permanecem presentes nos relatos:

Muita raiva do médico, muita raiva. Acho que se eu pudesse, se eu cruzasse com ele algum dia, eu pulava nele. A raiva que eu sinto nele vai ser pra sempre. Eu vou pegar ele aqui, vou levar ele no cemitério e vou esfregar ele em cima do tumulo dela pra ele ver o que ele fez, porque ele não perdeu um filho ainda pra saber a dor de uma mãe. Ele não enterrou ainda um filho dele pra saber a dor de uma mãe, porque o dia que ele tiver que enterrar um filho dele, ele vai saber a dor que ele fez eu passar e que ele fez outras mães passar, não só eu, porque tantas mulheres reclamam dele (Larissa).

Às vezes eu penso “tantas pessoas jogam criança no lixo e eu queria tanto e acontece isso”. Não sei, as vezes, que nem a gente não tem o que explica, não é a vontade da gente, a vontade da gente era que ele tivesse aqui, mas já que não deu [...] Eu choro, não de saudades, eu choro por mim de repente se eu tivesse feito alguma coisa diferente, e ele tivesse aqui, não tivesse tão gorda, ou não tivesse tido antes, sabe eu sempre, às vezes, me culpo por causa disso (Barbara).

Até hoje eu carrego isso comigo, pensando “será que eu fiz tudo mesmo? Será que eu fiz o suficiente? Será que eu tinha que ter feito mais coisa? Será que eu tinha que ter procurado mais ajuda? Será que eu não tinha que ter ido além do que eu fui?” Então é um sentimento, é uma dúvida que mesmo com 1 ano e 2 meses ela ainda fica assombrando a minha vida sabe, e eu fico, as vezes assim, procurando alguma resposta, alguma resposta pra tudo isso que aconteceu sabe (Ana Maria).

Às vezes eu falo pra Deus porque eu tinha que perder minha filha, justo eu, eu que não gosto que judiem de criança assim [...] tanta gente aí que mata, que faz tudo que faz pra criança aí, e porque Deus deixou que eu perdesse a minha fia?! [...] Às vezes eu sinto culpa de não poder ter feito nada por ela, só que Deus sabe o tanto que eu pedi pra Ele, que eu chorava, que eu implorei pra enfermeira que eu queria fazer cesárea (Geruza).

“-Antes ele morrer na tua barriga, do que ele morrer nos teus braços! [disse o médico]” Mas eu preferia assim, que ele tivesse morrido nos meus braços, que eu pegasse, que eu sentisse, mas eu me culpava, eu me culpo até agora, porque eu que sou a responsável, se eu tivesse me cuidado, se eu tivesse feito tudo que os médicos mandaram, eu fiz o pré-natal, mas eu não me cuidava, igual eles me mandaram fazer assim a dieta, eu não fazia a dieta, eu comia o que eu quisesse, daí eles falaram que acho que foi isso, porque daí subiu minha diabetes de repente e daí não deu tempo! (Camila).

Enquanto o processo do luto acontece, a saudade aumenta conforme o tempo vai passando:

Hoje em dia eu me sinto mais conformada, não que eu não sinta mais saudade, não que não chore, não que não doa, mas é difícil pra gente que passa. [...] Na hora eu senti que eu ia morrer junto. Hoje em dia eu já consigo ver com outros olhos, hoje em dia eu entendi o porquê ele veio, não o porquê, mas pra quê. Ele veio pra fazer a diferença na minha vida, porque tinha coisas que eu buscava e não encontrava [...]. Então olha, é uma dor assim, eu perdi a minha vó que era minha mãe, é uma dor que dói, mas uma dor de perder um filho, quando a gente olha o vizinho a gente acha que não é tanto, mas com a gente você realmente sente o que é aquilo, é muito difícil, muito mesmo. A saudade não passa, ela só aumenta a cada dia, conforme o tempo vai passando eu acho que ela vai aumentando (Julia).

Hoje eu posso dizer que eu tenho muita saudade, a saudade que fala que passa, mas não passa, cada dia ela acumula, porque não tem o que eu faça pra matar a saudade dele, não têm, eu olho foto que eu deixo aqui, foto que eu deixo ali no meu quarto e procuro lembrar assim do pouco tempo bom que eu tive do lado dele (Bruna).

Hoje eu só sinto falta dela, saudade eu sinto, eu tenho umas coisinhas guardadas ali, eu sinto muita falta dela, muitas saudades, todo mundo fala “ah, mas você nem conheceu ela”, mas eu sinto, eu carreguei ela 9 meses junto comigo! (Geruza).

Para algumas mães, a data do óbito é marcada com lembrança de grande dor:

Porque pra mim, mês a mês, todo dia 15 e dia 25 é como se eu tivesse revivendo aquele dia 15 e aquele dia 25 tudo de novo, todo mês é assim, eu sento, choro, mesmo horário, é terrível, é terrível pra mim todo dia 15 e todo dia 25 horrível, como foi horrível no dia. Eu converso, converso com meu marido porque daí normalmente ele sempre me pega chorando. Vai chegando dia 15, ele vai ajeitando alguma coisa pra nós fazer no dia 15, pra mim não ficar em casa, pra mim não ficar ruim, e no dia 25 é a mesma coisa, ele vai tentando achar alguma coisa pra eu fazer ou tenta deixar as crianças o mais perto de mim possível porque ele sabe que na frente das crianças eu não vou chorar (Lilian).

Ontem fez 11 meses que eu perdi ela, eu lembro e o que eu faço? Eu só oro por ela porque eu não posso pegar, não posso ver, então eu só pego e deito na cama e começo orar por ela, eu peço que Deus assim cuide dela (Mariana).

Ao final do processo do luto, da resignificação da perda, a mãe consegue retomar a rotina. Essa situação é percebida no relato das mães Ana Maria e Carla:

Eu já comecei a estudar, já comecei a fazer estágio, então eu fui me obrigando a sair de casa [...] foi muito difícil, agora que fez um ano que a ficha foi caindo, daí eu fui começando a pegar as roupinhas dele do armário, fui começando a dar, tem umas coisinhas que eu ainda não consegui, tem umas coisinhas que eu ainda olho e é um vínculo que eu tenho com ele assim. [...] Só que agora, aos pouquinhos, a vida vai voltando ao normal, parece que vai voltando (Ana Maria).

Olha, mudou um pouco assim, porque eu já não me sinto tão inválida como eu me sentia, claro que a gente nunca esquece, sempre que a gente fala no assunto vem os sentimentos de novo, a gente relembra, parece que a gente tá passando por aquilo de novo, é muito ruim, só que com o passar dos dias a gente vai superando, até porque a gente tem outras coisas pra pensar, a gente tem casa, tem marido, que nem agora eu voltei a estudar, que eu tinha parado com meus estudos, voltei a estudar, então é algo que a gente vai distraíndo a cabeça, a gente vai, mas nunca a gente esquece. A vida não para, infelizmente, é que nem eu tenho no facebook uma frase que eu achei e que é pra minha vida que “seguir a vida depois da perda de um filho, não é uma opção, é a condição imposta pela realidade”, então, infelizmente a vida da gente não para [...]. A gente pensa que a vida acabou, que a gente não vai ser mãe novamente. [...] A vida não para, a vida continua, com eles ou sem eles, infelizmente, mesmo sem eles, a vida continua (Carla).

C) Gravidez subsequente

Na entrevista, as mães foram questionadas se queriam ter outros filhos, ou, para as mães que já tinham como havia sido a gravidez subsequente à perda. Nos relatos, é possível notar que o grande passo para a próxima gestação é vencer o medo, pois os temores às rodeavam, com a sensação de que poderiam passar pela mesma situação.

O medo sentido era de apegar à gestação e ao bebê e sofrer novamente. Medo de que os eventos da gestação anterior se repetissem, medo da idade avançada, medo de que outros soubesse e o desfecho fosse ruim.

Senti medo! Não falei da gravidez até o sexto mês. Meu marido sabia. Mas nem com ele eu falava sobre o assunto. Fiz pré-natal, mas tinha muito medo (Luana).

O medo me acompanha, a gestação toda. Tanto eu, quanto minha mãe e meu marido, qualquer coisinha de diferente, tipo inchou um pouquinho o pé: “-meu Deus do céu, vamos pro hospital, ligue pro médico!” e, Jesus amado, aquele fuzuê (Leticia).

O apego que eu sentia pela outra gestação eu não senti tanto por essa [...] eu vejo que na outra gestação eu fui muito apegada. Nessa, tipo [...] é tanto medo de se apegar demais e acabar ficando sem. Eu mesma tentei tipo colocar uma barreira ali pra não se apegar muito, pelo medo de perder (Joelma).

Eu só fico ali, só pensando, eu penso: -será que vai vir no mundo e eu vou perder? (Joana).

Hoje eu não tenho vontade de ser mãe de novo, a perda, tenho medo de passar tudo de novo, e pela idade que eu tenho também. Hoje tô com a cabeça que eu não quero ter filhos, tô fazendo tratamento, mas não quero ter filhos, é uma confusão mental que a gente tem (Elisa).

Além disso, todas as mães revelaram que cada experiência de gestar é diferente da outra, cada filho é um filho. Filho morto continua sendo filho, e outro bebê não substitui o filho falecido. O nascimento de uma nova criança não remove a dor da perda do filho anterior.

Não tem como você dizer assim pra outra pessoa: “-você perdeu o filho, mas vai ter outro!” O outro não vai ser aquele filho que você perdeu, aquele que você perdeu vai ser sempre aquele. Nenhum substitui o outro! Você ama todos iguais (Larissa).

Eu poderia tentar de novo. Então isso que me deu uma esperança, tentar de novo, mesmo tendo medo, não substitui. E a dor não passa! Não adianta: pode acho que ter uns 10 filhos que não passa! É uma dor (Crislaine).

O que me consola é saber que eu tenho a possibilidade de ter outro, gerar outro, e levar minha vida pra frente, porque voltar ele não vai voltar. Claro que a vontade é que ele tivesse aqui, mas como não foi possível, quero continuar minha descendência, meus filhos, meus netos e encher minha casa. Meu projeto de ter outro não é pra entrar no lugar do Lucas, não, não vai vim pra substituir, mas vai pra fazer diferença dentro da minha casa (Julia).

7 DISCUSSÃO

Neste capítulo será abordado o assunto, baseando-se nos resultados obtidos, em torno de quatro eixos: 1) Causas dos óbitos; 2) Sentimentos maternos frente à morte; 3) Assistência recebida e 4) Ressignificação da perda.

7.1) Causas dos óbitos

Analisando os dados sócio demográficos, a idade média das mães corresponde com a média de idade fértil da mulher iniciar uma gestação. Poucas mães no nosso estudo não tinham concluído pelo menos uma etapa do estudo, sejam elas: ensino fundamental, médico e superior.

Estudos demonstram que a idade materna e sua escolaridade não influenciam diretamente na mortalidade perinatal, porém se relacionam com a falta de cuidados básicos e condições de entender e seguir as instruções passadas pelos profissionais de saúde (PEREIRA et al., 2016).

Em contrapartida, a literatura sugere que menor renda e menor nível educacional estão relacionados com o maior desespero e prolongamento do processo do luto (BOYDEN et al., 2014). Dessa maneira, as mães com menor escolaridade devem ser olhadas com cuidado diferenciado nas práticas educativas durante o pré-natal que serão determinantes para um cuidado de qualidade e diminuição da taxa de mortalidade perinatal. Recomenda-se o uso de palavras claras, de fácil entendimento e que considerem o saber popular e seus interesses (STHAL; LEAL, 2017).

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. Por mais que a escolaridade das mães seja diferente, ao analisar os discursos, percebe-se que o sofrimento de perder um filho é igual, entretanto, a interpretação da situação pode ser diferente. Não foi objeto de investigação, desta pesquisa, verificar os sentimentos maternos, segundo escolaridade.

Em relação à estratificação de risco, 52% das mães foram vinculadas a maternidades de risco habitual ou risco intermediário, considerando que mães

façam um pré-natal com qualidade, as mesmas deveriam ter sido re-classificadas, em casos de intercorrências durante a gestação, para maternidades com suporte de alto risco. Dessa forma, podemos inquirir se essas mães foram acompanhadas no pré-natal e se as mesmas foram classificadas novamente quando necessário.

O acompanhamento da gestação deve ser o mais precoce possível. Estudos demonstram a importância de iniciar o cuidado no primeiro trimestre da gestação, pois aumenta a possibilidade de realizar exames e diagnosticar doenças que podem trazer intercorrências durante a gestação, intraparto e pós-parto. Dessa forma, a captação precoce reduz a morbimortalidade materno-infantil (ANJOS; BOING, 2016).

Um fator importante para as mulheres cuidarem e participarem de mais consultas durante a gestação é o fato de morar com um companheiro. Como a gravidez é um momento de grande instabilidade emocional, as mães necessitam de apoio do companheiro, família e amigos. Entretanto, o companheiro representa o principal provedor de suporte para mãe e para o feto nos momentos estressantes, e sendo o maior incentivador para o cuidado durante a gestação (Id., 2016).

A cerca do tipo de parto, 60,87% das mães passaram por parto cesáreo, levando em consideração que metade das mães foram classificadas como risco habitual, esse dado se torna alarmante. A Organização Mundial de Saúde preconiza que o parto cirúrgico seja feito apenas em condições que há recomendação médica, por alguma intercorrência que coloca a mãe e/ou feto em risco (RODRIGUES et al., 2016). Dessa forma, questiona-se novamente se as mães deste estudo foram atendidas com qualidade no pré-natal e se as mesmas foram re-classificadas para o alto risco.

Ainda, verificou-se que o tipo de óbito (fetal e neonatal precoce) obteve taxas parecidas (47,83% / 52,17%). Apesar disso, dentro da mortalidade infantil, a mortalidade neonatal precoce é o maior responsável pelas taxas continuarem elevadas no país, tendo correlação direta com a atenção ao parto e nascimento (LANSKY et al., 2014).

Explorando os resultados, verificamos que 34,78% dos bebês nasceram como extremo baixo peso (Quadro 1), e ainda, 40% foram classificados como

pré-termo extremo. Esses dois indicadores aumentam o risco, de 200 a 300 vezes mais chance, de morrer nos primeiros 28 dias de vida. Com isso, o baixo peso ao nascer é determinante para a mortalidade infantil e neonatal. No entanto, a mortalidade neonatal, quando ocorre em período precoce de nascimento, está interligada à deficiência na assistência (PAULA-JUNIOR et al., 2016).

O peso e a duração da gestação não devem ser analisados isoladamente como causadores do óbito, os mesmos devem ser avaliados juntamente com outros mediadores como condições socioeconômicas, escolaridade materna, acesso e qualidade de assistência durante a gestação (PEREIRA et al., 2016).

Ao verificar as causas das mortes dos neonatos (Quadro 2), constatou-se que os motivos são análogos com os achados da literatura, os quais são relacionados as afecções maternas, as complicações placentárias, do cordão umbilical, asfixia e malformações congênitas (PEREIRA et al., 2016; SILVA; MONTEIRO, 2014).

Ainda, certificou-se que 78,27% dos óbitos poderiam ter sido evitados. Número extremamente preocupante, ao analisar que 18 mães do nosso estudo, poderiam estar com suas crianças atualmente.

Os óbitos perinatais são considerados ocorrências desnecessárias, pois sua maioria são mortes evitáveis, ou seja, aquelas que estão relacionadas com a intervenção médica e dos serviços de saúde. Assim, preconizando que ao receber uma assistência à saúde com qualidade juntamente com a tecnologia médica disponível, essas mortes poderiam ser reduzidas (PEREIRA et al., 2016).

Ainda, nesse estudo, apenas uma causa básica foi “morte fetal de causa não especificada”, apesar de ser apenas um caso entre 23 mortes, esse fato não deve ocorrer. Quando as declarações de óbitos são preenchidas de forma incorreta ou inconclusiva, instiga sobre uma incerteza sobre os cuidados recebidos durante a gestação. Dessa forma, é fundamental que essas mortes sejam investigadas com o objetivo de identificar a etiologia da morte para possibilitar a adoção de medidas preventivas (RÊGO et al., 2018; PEREIRA et al., 2016).

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 o pré-natal, às mães acreditam que as consultas são muito espaçadas e elas afirmam “*acho que as consultas tinham que ser de 15 em 15 dias*”, visão que é posta após a perda, como um sentimento de que se não esperassem tanto tempo entre uma consulta e outra, essas mortes teriam sido evitadas.

A Linha Guia Mãe Paranaense preconiza que a gestante passe por 7 consultas durante a gestação, sendo 2 no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre e 3 consultas no terceiro trimestre. Apesar dos dados secundários obtidos estarem incompletos (11 mães sem informação), observamos que das 12 mães com dados, apenas 5 mães tiveram 7 consultas ou mais durante a gestação, e apenas 7 mães iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (Tabela 2).

Além das gestantes serem capacitadas precocemente, o número de consultas no pré-natal faz diferença na mortalidade. Assim, mães que consultam entre 6 / 7 consultas tem maior chance de ter uma gestação e parto saudável (ANJOS; BOING, 2016). Ainda, gestantes com elevadas taxas de doenças no período intraparto sugere um pré-natal com pouca qualidade, pois essas doenças deveriam ser diagnosticadas precocemente e tratadas antes do parto (SILVA; MONTEIRO, 2014). Assim, compreende-se que a taxa de mortalidade perinatal poderia cair com a oferta de um pré-natal com qualidade e integral.

Apesar das mães afirmarem desejar mais consultas, poucas delas realizaram as 7 consultas preconizadas, e esse pedido surgiu com o sentimento de medo pela experiência que vivenciaram. Sabe-se que a quantidade de consultas é importante, e é relevante que as gestantes tenham acesso ao pré-natal. Mas, de nada resolverá o quantitativo ampliado de visitas às unidades de saúde durante a gestação, se esses encontros não forem aproveitados por ambas as partes (mães e profissionais) para diagnósticos acurados, criação de vínculo, esclarecimentos, referência a serviços especializados e seguimento das novidades que surgirem ao longo da gestação.

Após o cuidado no pré-natal, a mãe deve ser encaminhada para sua maternidade, já estratificada durante toda sua gestação, essa referência deve dar condições para um parto seguro e um cuidado com qualidade para o recém-nascido.

A equipe interdisciplinar deve acolher a parturiente desde sua internação, garantindo toda a assistência com a tecnologia que se necessita, deixando a mãe à vontade com um acompanhante de sua escolha, além de promover a evolução fisiológica do trabalho de parto, com a mínima intervenção, apenas quando necessário (LANSKY et al., 2014).

Assim, a estruturação dos hospitais deve dar condições de segurança a mãe e o feto, além do adequado monitoramento do binômio mãe-filho durante o parto, humanização na assistência e identificação precoce de intercorrências e agravos durante a gestação são medidas que podem ajudar a reduzir a taxa de mortalidade perinatal (PEREIRA et al., 2016). Medidas simples, mas que no dia-a-dia debatem com a falta de profissionais qualificados, conhecimentos e tecnologias desatualizadas e superlotação de pacientes.

Ao acontecer intercorrências na hora do parto, todo minuto deve ser preconizado para salvar aquela vida. Cerca de 36% das mortes neonatais poderiam ser evitadas desde que não houvesse atraso nas intervenções (LANSKY et al., 2014).

Levando em consideração que 98% dos partos no Brasil ocorrem em ambiente hospitalar e são assistidos por médicos, os resultados são insatisfatórios, principalmente se compará-los com países desenvolvidos. Esse quadro é denominado como “paradoxo perinatal brasileiro”, no qual há intensa medicalização no parto e intervenções desnecessárias, assim se justifica a taxa elevada de cesáreas no Brasil (Id., 2014).

Alguns procedimentos não recomendados pelas evidências científicas ainda se fazem presente na prática da obstetrícia brasileira, como o uso abusivo da ocitocina, imobilização no leito e posição litotômica no parto, assim, com a compressão de grandes vasos comprometendo a oxigenação intra-útero, prolongando o trabalho de parto e o período expulsivo, pode trazer resultados negativos para a mortalidade neonatal. Além disso, o estresse que as parturientes são submetidas, como o jejum, solidão, insegurança e

tratamentos desrespeitosos podem interferir nesse resultado negativo (Ibid., 2014).

7.2) Sentimentos maternos frente à morte

A gravidez é um momento de grande alegria e planejamento para as mães, entretanto, 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 presente (ASPLIN et al., 2015; WOOL, 2015).

Ao receberem um diagnóstico negativo durante a gestação, 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 difíceis. Uma das mães desse estudo deveria decidir entre sua vida ou a vida de suas filhas, apesar de declarar “*minha decisão já estava tomada*” do qual preferia salvar o bebê, mas, após a conversa com o médico, repensou e decidiu salvar sua vida pelos outros filhos que estavam vivos. Dessa forma, nota-se a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e as mães.

Apesar de ser um momento angustiante, as mães têm condições de tomar decisões, porém elas precisam ser preparadas para receberem as notícias difíceis. Os profissionais devem usar palavras de solidariedade e amorosidade, além de serem claros e honestos em suas informações, oferecendo esclarecimento e apoio (AFONSO; MINAYO, 2017).

Entretanto, outra mãe apontou falha nessa comunicação, a qual deveria ser humanizada. No relato materno a médica falou “*ele vai morrer, ele vai morrer, você não vai ter essa criança*”, frente à situação e os riscos que a mãe teria se continuasse sua gestação. Entretanto, não percebeu, ou não se solidarizou, com a dor sentida por essa mãe em perder sua criança que tanto foi desejada. Houve ausência de respeito à autonomia da decisão materna em assumir todos os riscos. É necessário que os profissionais da saúde tenham habilidade para explicar, apoiar e ouvir a família, dando o direito do livre-arbítrio para a escolha dos pais em seguir ou interromper a gestação, quando a legislação assim o permitir (ASPLIN et al., 2015).

Todavia 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 (MAGALHÃES; MELO, 2015). 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.

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, agarradas na possibilidade do 1% de chance de sobrevivência: *“ele falou pra nós que a porcentagem seria de 1% de chance de sobrevivência, nesse 1% a gente se agarrou né”* e no milagre (WOOL, 2015).

Nesta pesquisa observou-se também que as mães podem optar por manter o sigilo do diagnóstico durante a gestação para os parentes e as pessoas em volta. Essa medida é tomada como uma forma de proteção ora à mãe, como na descrição: *“só que não queria que ninguém ficasse se vinculando à minha dor”* e, ora ao filho: *“porque eu não queria expor a vida do meu filho”*. Entretanto, tal atitude também poderia ser uma forma de esperança, na tentativa de acreditar que no final existirá outra resolução para o diagnóstico negativo.

Por outro lado, é possível supor que a manutenção do sigilo possa ser uma consequência da negação da possibilidade da morte, ou seja, preferiam não acreditar na situação em que estavam vivendo para amortecer a angústia. Ou, não se sentiam à vontade para falar sobre o assunto, pois as pessoas em sua volta não estariam aptas a escutar e ajudar. Seja qual for a razão principal do sigilo é razoável considerar que, ao enfrentar a finitude humana pela morte do neonato, o sentimento de medo surge porque a consciência da morte exacerba aspectos imaturos do comportamento humano e também permite a reflexão da possibilidade da própria morte (ALMEIDA; MORAES; CUNHA, 2016).

Dessa forma, salienta-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para lidarem com essas situações, em especial, os enfermeiros, pois são os que mais têm contato com os pacientes. A falta de

instrução científica e a preparação dos mesmos, podem ser determinantes negativos na resolução do processo do luto das mães que guardam esse sentimento (BEZERRA; NEVES, 2017). Acolhimento, calor humano, apoio e empatia são atitudes profissionais que cooperam para o enfrentamento da situação.

O diagnóstico de má-formação precoce traz angústia, medo e sofrimento para os pais, entretanto, traz um período de preparação e aceitação da situação (ASPLIN et al., 2015). Os pais preferem saber a notícia e relatam que se sentem mais preparados quando chega o momento do óbito do seu filho (AFONSO; MINAYO, 2017).

Todavia, quando o momento do óbito acontece, o sentimento das mães é antagônico, independente do conhecimento prévio do desfecho. No momento da notícia, as mães ficam nervosas, indignadas e em choque. Além disso, sentimentos como tristeza, raiva, culpa, decepção e desânimo são expostos nos relatos.

Este estágio é considerado extremamente complicado para a equipe de saúde, que tende a promover o afastamento dos pacientes e situações difíceis, mas, nessas reações de revolta é que grupos de apoio podem ajudar, a permissão do silêncio ou das manifestações revoltosas ajuda a mãe a vivenciar a morte com consideração e respeito aos seus sentimentos. E quando não se tem o que dizer, ou não se sabe o que falar, ficar próximo e se dispor a estar junto é de mais valia que muitas palavras.

Durante a gestação, a mulher idealiza sonhos, planeja o futuro com o filho, além de passar por mudanças e alterações em seu corpo. Quando essa ligação é interrompida de forma negativa, os sentimentos de tristeza profunda, invalidez ou inferioridade perante toda a sociedade vêm à tona. A mãe sente que decepcionou as expectativas das pessoas ao seu redor, sentindo-se culpada por não gerar um filho pleno de suas funções e vitalidade (LEMOS; CUNHA, 2015).

A dor de perder um filho é uma das piores dores que o ser humano pode vivenciar, justificado pelo vínculo criado entre mãe-filho. Essa dor não depende da idade dos filhos, se foi morte fetal ou neonatal precoce e nem do motivo, a dor é causada pela perda (BOYDEN et al., 2014).

Os pais possuem maneiras diferentes de agir, alguns vivenciam o momento na hora e sentem grande tristeza, outros podem ficar em choque por horas ou dias para então sentirem o luto. Situação que muda de acordo com a individualidade de cada um, juntamente com suas crenças e sua cultura (HUTTI; ARMSTRONG; MYERS, 2013).

Rituais de despedida são formas importantes para os pais reconhecerem a vida curta do bebê e aceitarem o acontecimento (STURROCK; LOUW, 2013). Porém, 10 mães não participaram desse momento, pois precisavam ficar internadas após o parto. As mães que compareceram no enterro (n=13) relataram a grande angústia que sentiram. Ainda, uma mãe contou que preferiu não olhar seu filho no caixão 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.

O profissional de saúde é responsável por dar suporte à mãe enlutada, ajuda-las a enfrentar as dores físicas e psicológicas e ainda oferecer opções de escolhas sobre o ritual de despedida (CACCIATORE, 2013). Quando a mãe tem direito de ver, tocar e segurar seu filho entende-se que a mesma terá mais facilidade de enxergar a vida curta do seu filho, porém esse momento deve ser apoiado pela equipe de saúde (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2016).

Outro momento que as mães explanam sentimentos de grande tristeza é o retorno para casa. Essa circunstância traz sentimento de vazio, angústia e

revolta, diante de um quarto com roupas na espera de seu filho, seu peito produzindo um leite que não será utilizado e a família que também se encontra entristecida (CACCIATORE, 2013), como verificado no relato da mãe Ana Maria *“eu não queria mais ficar na minha casa, porque eu olhava as coisas, eu olhava as roupinhas, eu olhava tudo, eu falava “não tem sentido”*.

Ainda, as mães relatam a falta de empatia por parte das pessoas, usando frases que não são entendidas como confortadoras. Os grupos sociais querem ajudar, mas nem sempre essa ajuda é apropriada, frases como “você é jovem”, “logo você terá outro” e “você deve esquecer e seguir em frente” muitas vezes gera pressão nas mães, e como consequência pode aumentar o período do luto (PETRO, 2015).

Nota-se que um novo problema de saúde pública tem surgido com o número elevado de pessoas que não conseguem elaborar suas perdas e assim adoecem em função de uma excessiva carga de sofrimento (SANTOS; CORRAL-MULATO; BUENO, 2014).

Isto posto, nota-se a importância do profissional de saúde das unidades básicas de saúde para apoiar as mães e seus familiares após a perda da criança. Considerando que são esses profissionais os mais próximos da família, os mesmos têm melhores possibilidades de acompanhar todo o processo do luto, diagnosticando condutas que possam indicar a necessidade de encaminhamento para uma ou outra especialidade.

É nas unidades básicas de saúde também que os movimentos populares podem emergir, sob a orientação e estímulo profissional, em prol de ações coletivas como rodas de conversas, terapias comunitárias, grupos de mães e outros, as quais facilitam e propiciam momentos de exposição dos sentimentos maternos e identificação com outros sujeitos que também vivenciaram a morte.

Outra dificuldade que as mães relatam é o contato com outros bebês, seja na maternidade ou após o retorno para casa. Sentimento de fracasso, invalidez e tristeza marcam esse instante. A inveja das mães que estão com a criança sadia pode ser um sentimento aflorado nesses momentos pós-óbito, e que não deve ser motivo de julgamentos simplistas, mas, sim entendido dentro do contexto e como reações esperadas dentro das diferentes fases do luto.

Portanto, é necessária a empatia do ser humano nesse momento difícil, o simples gesto de não deixar a mãe enlutada dividindo o quarto com mães com seus filhos saudáveis foi ressaltado em um dos relatos como uma solução que funcionou: *eu fiquei num quarto sozinha, então nessa parte assim eu dou nota 10 assim sabe, porque fui bem tratada nessa parte.*

São detalhes simples como deixar a mãe enlutada separada das mães que comemoram a vida do neonato, que na rotina de trabalho profissional muitas vezes passam despercebidas, mas que, se reconhecidos podem reduzir a angústia das pessoas e minimizar o sofrimento. No entanto, muitas vezes essa medida não pode ser tomada por falta de estrutura e sucateamento dos hospitais, e ainda, pela falta de capacitação dos profissionais.

Ainda, quando questionadas sobre como sentem que os outros a vêem, as mães relataram que ninguém as compreende integralmente, todos podem imaginar, mas apenas uma mãe que vivencia o luto do filho pode compreender. Situação já posta em outro estudo, o qual as mães afirmaram passar pelo luto sozinhas (LOPES et al., 2017).

A morte perinatal é considerada uma morte invisível aos olhos da sociedade. Acreditando que os pais que passam por uma situação de morte fetal sofrem pouco, os grupos sociais tendem a medir a dor dos pais, comparando a morte do bebê com a morte de uma criança com mais idade (PETRO, 2015).

Neste contexto, a morte neonatal é um assunto pouco falado. Dessa maneira, as mães enlutadas passam por um período de silêncio, pois pode ocorrer de sentirem-se tolhidas de demonstrar seus sentimentos em público (FLENADY et al., 2014). Essa situação pode levar os pais ao isolamento do convívio social (BOYDEN et al., 2014).

Todavia, apesar das mães acreditarem que apenas quem pode compreendê-las é outra mãe que vivenciou a perda de um filho, a ajuda e o apoio é responsabilidade dos serviços de saúde. Assim, deve ser oferecida uma rede de suporte para essas mães e seus familiares.

Não é apenas a mãe que sofre nesse momento, mas a família toda. O homem reage de maneira diferente da mulher, geralmente não demonstra seus sentimentos, isso pode ocasionar um conflito entre o casal nesse momento

delicado ou a aproximação por ser um momento que demanda compaixão (AVELIN et al., 2013).

Frequentemente, a figura paterna não demonstra sofrimento na mesma medida que a figura materna. Após a perda, o pai assume o papel perante a sociedade de ser forte e dar o suporte que sua mulher precisa, dessa forma seus sentimentos são ignorados, guardados ou superados isoladamente (PETRO, 2015; CACCIATORE; ERLANDSSON; RADESTAD, 2013).

Em vista disso, o casal deve ser orientado por um profissional da saúde, informando que cada um lidará de maneira diferente com o luto que, nas semelhanças, o casal deve se unir e, nas diferenças, o casal deve se respeitar e ver a experiência como ponto forte do relacionamento (AVELIN et al., 2013).

7.3) Assistência recebida

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.

A equipe interdisciplinar deve acolher a parturiente desde sua internação, garantindo toda a assistência com a tecnologia que se necessita, deixando a mãe à vontade com um acompanhante de sua escolha, além de promover a evolução fisiológica do trabalho de parto, com a mínima intervenção, apenas quando necessário (LANSKY et al., 2014).

Assim, a estruturação dos hospitais deve dar condições de segurança à mãe e ao feto, além do adequado monitoramento do binômio mãe-filho durante o parto, humanização na assistência e identificação precoce de intercorrências e agravos durante a gestação são medidas que podem ajudar a reduzir a taxa de mortalidade perinatal (PEREIRA et al., 2016). Medidas simples, mas, que no dia-a-dia debatem com a falta de profissionais qualificados, conhecimentos e tecnologias desatualizadas e superlotação de pacientes.

Destaca-se a importância da qualificação dos profissionais, os mesmos devem estar sempre atualizados no conhecimento, para que condutas sejam tomadas com responsabilidade e apenas quando necessário. Além disso, a comunicação entre prestador de serviço e cliente deve ser satisfatória, a ponto da mãe não sair com dúvidas sobre o parto e todos os cuidados recebidos.

Além disso, os profissionais de saúde devem prestar atenção humanizada, ou seja, estimular a valorização dos aspectos culturais e sociais e, principalmente, valorizar a autonomia da mulher. Ainda, proporcionar condutas de suporte físico e emocional à parturiente, com práticas não invasivas.

A enfermagem é fundamentada na filosofia do cuidar da pessoa, dessa forma, entre os profissionais de saúde, é a profissão que está diretamente ligada com o paciente, pois acompanha todo o processo do cuidado, de promoção à vida e também dos cuidados no processo de morte e morrer (BEZERRA; NEVES, 2017).

Porém, mesmo sendo uma das funções da enfermagem, esse assunto é pouco falado na preparação desses profissionais na sua graduação, e muito menos na sua prática quando formados, deixando-os incapacitados para lidarem com essas situações (BEZERRA; NEVES, 2017).

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).

Na grade curricular dos cursos da área da saúde existe uma grande defasagem sobre ensinar os discentes a lidar com o processo da morte e o morrer, isso se dá muitas vezes porque os docentes também não são capacitados para trabalhar com o assunto. Esse despreparo faz com que o profissional se distancie do paciente por não saber lidar com seus sentimentos e os sentimentos de seu cliente. Entretanto, essa ação se contradiz com o que é preconizado nos dias atuais, o cuidado humanizado. Assim, percebe-se que esses dois eixos não estão caminhando juntos (Id., 2014).

Sobre a assistência recebida, foi narrada a necessidade de um atendimento diferenciado em outra cidade de maior porte, isso se deu porque na cidade em estudo, não possuía cirurgião cardiologista pediátrico, necessidade específica para o diagnóstico recebido do bebê. A mãe enfatiza *“Aqui em Ponta Grossa não tive nenhum acompanhamento psicológico, só em Curitiba. As gestantes precisam ser melhores atendidas”*, alertando que existe um atendimento mais qualificado, entretanto não em sua cidade.

É indispensável à ajuda de profissionais como psicólogos e assistentes sociais para oferecer a ausculta e apoiá-las para ajudar no processo do luto (PETERS et al., 2015). Toda mãe tem o direito de receber cuidado integral e ser atendida em todas as suas necessidades. Dessa forma, evidencia a importância de uma equipe interdisciplinar para oferecer uma rede de suporte não somente à mãe, mas para a família que sofre junto.

Atualmente, estudos vêm sendo realizados para comprovar a importância da equipe interprofissional de saúde, pois o compartilhamento de saberes garante um cuidado integral. Além disso, a inserção de profissionais capacitados e de conhecimentos populares na equipe pode ser benéfico, como no caso das doulas, capacitadas para ajudar, apoiar e orientar no pré, intra e pós parto (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Além da equipe de saúde, outras formas devem existir para apoiar as mães, como grupos entre mães que vivenciam a mesma situação e o cuidado oferecido pela capelania nos hospitais (PETERS et al., 2015). Medidas que podem ajudar as enlutadas a desabafar, viver o luto e buscarem o significado da perda.

As mães que recebem cuidado humanizado, são escutadas e recebem apoio dos profissionais de saúde, se sentem mais aliviadas e suas ansiedades diminuem (FLENADY et al., 2014) e as mesmas elogiam as equipes por essa atenção especial, como enfatizado no relato *“Existe profissional que dá atenção pra você que nem você fosse parente dele”*.

Ao se tratar da morte, o momento da notícia é de grande angústia para os profissionais da saúde, 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 não se prolonga (LOPES et al., 2017). Entender o que aconteceu ajuda na resignificação da perda. Entretanto, as mães relataram que até a data das entrevistas, após quase dois anos do ocorrido, ainda não sabiam a justificativa do falecimento de suas crianças, e falas como *“ninguém me explicou, até hoje ninguém me falou nada”* foram repetidas.

Essa situação abre duas hipóteses de pensamento, a primeira é que realmente pode ter havido falha na comunicação ao explicar, ou a ausência de explicação sobre o ocorrido. A segunda hipótese apoia-se na ideia que os profissionais tenham explicado o ocorrido, porém por se tratar de um momento tão delicado, as mães não absorveram as informações fornecidas.

A primeira hipótese pode ser justificada pelo despreparo profissional ou a incapacidade pessoal para tratar do tema da morte, ambos aspectos mencionados anteriormente. A literatura relata que os profissionais acreditam que lidar com o processo de morte infantil é mais doloroso ao se comparar com o falecimento de adultos (SANTOS; CORRAL-MULATO; BUENO, 2014).

Assim, acredita-se que se não houver um preparo emocional e psicológico para os profissionais da saúde, eles nunca poderão ofertar uma assistência e apoio com qualidade para famílias enlutadas (BEZERRA; NEVES, 2017).

Ainda, ao analisar a narrativa: *“eu não sei dizer se concordo porque nas gestações anteriores eu também fumei, e olhe, todos nasceram bom”*, questiona-se se durante o pré-natal as gestantes estão sendo devidamente esclarecidas sobre a importância de abandonar hábitos nocivos como o tabaco e se as ações de educação em saúde individual e coletiva têm cumprido seus objetivos com os métodos tradicionais empregados.

Relaciona-se a capacidade de compreensão e participação ativa no autocuidado com maior nível de escolaridade por compreenderem melhor as informações e ações que ocorrem ao seu redor. Além de serem mais capacitadas para buscarem responder suas dúvidas e colocar em prática as orientações recebidas. Ainda, as mulheres com maior escolaridade tendem a se cuidar mais e se prevenir contra riscos durante a gestação (ANJOS; BOING, 2016).

Contudo, no momento imediato após a comunicação da morte do filho os pais demoram mais para processar as informações e compreender o que está ocorrendo (PETERS et al., 2015). Além disso, as mães podem não concordar com o motivo fornecido como uma forma de negação do que vivenciam e a necessidade de atribuir a culpa a alguém. Assim justificando esse relato.

De igual modo, a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde pode interferir nessa situação, os mesmos devem usar uma linguagem clara e de fácil entendimento (LOPES et al., 2017). Além disso, por se tratar de um momento frágil, a linguagem utilizada pelos profissionais deve ser dócil e com empatia, compreendendo que além da perda de um filho, houve a perda de sonhos, identidade e idealizações.

Continuamente as mães precisam ser cuidadas em sua totalidade e simplicidade. No processo do luto, muitas vezes, a ausculta, o estar presente e o cuidado igualitário são medidas que fazem a diferença nesse processo. Frases como *“o pago é outros 500”*; *“agora também quero pagar um parto”* não deveriam existir nos relatos maternos, pois entende-se que o SUS preconiza o cuidado integral e igualitário. Considerando que a maioria das gestantes brasileiras são atendidas pelo SUS, esses relatos se tornam preocupantes.

O Sistema Único de Saúde possui princípios doutrinários, dentre eles a universalidade, que diz que a saúde é direito de todo e qualquer cidadão e dever do Estado; a equidade que evidencia que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, e a integralidade, o qual mostra que o homem é um ser integral e que o SUS deve promover, proteger e recuperar sua saúde (SILVA; MOTTA, 2015).

Apesar do sistema de saúde possuir essas diretrizes constata-se que, baseado nos relatos maternos, as mesmas não estão funcionando na prática. Entretanto, voltamos na ideia que às vezes a mãe necessita encontrar um culpado, nessa ocasião, o prestador de serviço. Ou ainda, as mães podem estar na fase da negação no processo do luto.

Além disso, culturalmente, o SUS é visto como um prestador de serviço para os menos favorecidos financeiramente, e não como um sistema para todos (SILVA; MOTTA, 2015). Ainda, o ser humano relaciona a assistência com

o desfecho, ou seja, se foi atendido todas as suas necessidades e a resolutividade foi positiva associa-se a uma boa assistência (SOUZA; RIBEIRO; SOARES, 2017). Entretanto, quando falamos de mães que perderam seus filhos, ou seja, resultado negativo, as mesmas podem acreditar que a assistência não foi com qualidade.

A satisfação do paciente tem sido utilizada como um indicador de qualidade, embora não seja considerado um bom indicador, pois os entrevistados podem se basear em sua saúde, pode ser utilizado para verificar onde pode estar existindo falhas no SUS (Id., 2017).

Ao estudar mães enlutadas, essa dor pode ser canalizada de forma construtiva, como exemplo, no município de Francisco Beltrão/PR, foi realizado um encontro com 8 mães que perderam o filho, com o objetivo de compreender e compor o Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil no Estado do Paraná, pois acredita-se que os pais que vivenciam a morte de um filho tem mais experiência para advogar em prol de crianças que podem estar em risco do mesmo destino (STROZZI, 1997).

Desse modo, constata-se a importância da equipe interdisciplinar em trabalhar com as mães enlutadas, intervindo com outro olhar à mãe, como política pública para aliviar a dor de várias famílias enlutadas e canalizar essa energia para medidas preventivas em uma assistência com qualidade no pré-natal, parto e pós-parto.

7.4) Resignificação da perda

Sentimentos como medo, raiva, culpa, desespero e tristeza intensificada são normais no momento em que uma mãe perde um filho (HILL et al., 2017). Nesse instante, o processo do luto inicia-se, e a mãe deve encontrar modos para enfrentar sua dor, com a finalidade de encontrar um significado para sua perda até conseguir seguir com sua rotina.

Atualmente, 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 forma que as mães encontraram calma, no meio de turbilhões de pensamentos, foi acreditar que seus filhos estavam em um local sem dor e sofrimento *“vai vê que Deus falou, penso: -ah vamos analisá: ele vai comigo aqui agora já, e daí pra ele não fica sofrendo né?”*. A população brasileira, em sua maioria, se destaca pela sua religiosidade e suas crenças, condição que contribui para que a espiritualidade seja o 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, acalenta mais o coração do que palavras proferidas (STEEN, 2015). Um exemplo disso, é que em alguns casos, filhos e netos são visualizados como “amuletos”, ou seja, pessoas que as mães focam para criar forças e se levantar, já que são dependentes delas.

Apesar da ajuda familiar ser de grande importância, nem sempre é suficiente para apoiar a mãe enlutada. Assim, uma ajuda especializada deve se integrar, como a ajuda do psicólogo ou assistente social. Acredita-se que o psicólogo é o profissional da saúde que está mais apto para trabalhar com os pais enlutados (ORTIZ; ABILIO; SOBREIRA, 2016). Entretanto, não é uma ajuda ofertada para todos, baseado nos relatos maternos apresentados nesta pesquisa.

No presente estudo, das vinte e três mães entrevistadas, apenas cinco tiveram apoio diretamente do psicólogo. A situação se agrava mais quando se sabe que duas receberam esse apoio em hospitais fora do município estudado, e as demais (n=3) tiveram apoio psicológico após procurarem na rede privada

assistencial. Interroga-se se as dezoito mães, decidiram não ter ajuda de um psicólogo ou não foi oferecido esse suporte à elas.

Analisando os discursos maternos, notamos que as mães que receberam apoio psicológico reforçam a importância do profissional nesse processo do luto “*eu comecei a fazer tratamento também com a psicóloga, isso pra mim foi muito importante*”. Assim, salienta-se a importância de apoiar a mãe e a família, deve-se oferecer uma rede de apoio no momento do óbito, e que a renda não seja um determinante para quem recebe essa ajuda, mas que seja uma oferta do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos princípios doutrinários do SUS é a equidade, que garante que todo cidadão é igual perante o sistema e será atendido conforme suas necessidades, além disso, de forma integral, ou seja, fisicamente e psicologicamente também (SILVA; MOTTA, 2015). Assim, compreende-se que houve uma falha na assistência oferecida para essa mãe, muitas vezes justificado pelo sucateamento de pacientes para poucos profissionais capacitados para criar essa rede de apoio.

É indispensável à ajuda dos profissionais da saúde nesse momento angustiante, o enlutado necessita de um suporte que o auxilie na busca por estratégias de enfrentamento e adaptação à perda. Esse amparo deve ser oferecido logo após o óbito, com a finalidade de dar o suporte para a mãe (FRIZZO et al., 2017).

Entretanto, mesmo sem a ajuda dos profissionais, as mães vão encontrando outros meios para expressar seus sentimentos e encontrar um significado para sua perda. Um caminho encontrado foi o viver o luto, se permitir chorar e falar sobre assunto, como a mãe Leticia declara “*eu vivi o luto, chorei bastante*”. Entretanto, nem todas as mães conseguem percorrer esse caminho, algumas são tolhidas, pois suas famílias também sofrem com a perda, e outras preferem não falar sobre o assunto, pois sentem como se revivessem tudo novamente.

A verdade muda de acordo com a cultura que o enlutado vive, ou seja, em alguns lugares, a pessoa que sofre a perda de um ente querido e reage de forma firme, sem conversar sobre o assunto, é visto como forte. Entretanto, na

nossa cultura, o conselho é falar para conseguir mais rápido o significado da perda (BOYDEN et al., 2014).

Assim, os profissionais de saúde devem possibilitar que a enlutada compreenda e viva seu luto, apoiar a expressar seus sentimentos, de forma amorosa, com respeito à suas crenças. Ainda, as mães enlutadas devem se sentir a vontade para expressar suas dúvidas e pedir ajuda quando necessitarem (PETERS et al., 2015).

Ainda, as mães sentem que as pessoas ao redor evitam falar sobre o assunto com elas, por medo ou por não saberem lidar com a situação. Isso é justificado, pois na cultura ocidental, o ser humano luta com a ideia de finitude, e quando se depara com a morte, muitas pessoas não sabem como lidar, e dessa forma, intensifica a angústia do enlutado (BEZERRA; NEVES, 2017).

Desse modo, o apoio social não é suficiente, e às vezes é necessária a ajuda de medicamentos, como antidepressivos. Uma mãe relata ser ajudada de forma medicamentosa, porém a mesma afirma não ter recebido ajuda psicológica e declara precisar de um apoio. A entrevista foi realizada há mais de um ano da perda, nota-se que existe uma falha de comunicação entre os profissionais, ou uma falha na referência e contra referência do sistema de saúde, pois o clínico geral que prescreve medicamentos antidepressivos deveria encaminhar essa mãe para um atendimento especializado, com a finalidade de a mãe ter espaço para viver seu luto.

Essa direção para um profissional habilitado, como o psicólogo, é indispensável para ajudar a enlutada a compreender o momento que está vivendo e finalizar o processo do luto. Entretanto, na cidade em estudo, essa ajuda não foi oferecida, assim, salienta-se que esse atendimento deve ser executado no momento em que a mãe perde seu filho, e se não for possível à presença do psicólogo, profissionais como enfermeiros e assistentes sociais capacitados sobre o assunto, podem e devem ser grandes aliados para ajudar essa mulher. Dessa forma, ressalta-se a importância da equipe interdisciplinar.

As entrevistadas relatam que a troca de experiência com mães que vivenciaram uma experiência semelhante é positiva, pois se sentem compreendidas e analisam que não são as únicas mães que passaram pela dor de perder um filho.

De forma online, estão presentes nos dias atuais, grupos de apoio de mães enlutadas, apesar de não haver estudos que avaliem a eficácia, muitas mães relatam experiências positivas ao serem apoiadas (FLENADY et al., 2014). Além disso, existem *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).

As mães sentem dificuldades ao contar sua história, por isso, algumas preferem relatar com a escrita, seja em *blogs* ou outros meios. Com essa ação, as mães acreditam que a memória do filho perdido não cai no esquecimento, elas conseguem expressar seus sentimentos e ainda receber apoio de outras mães (FRIZZO et al., 2017; LIMA; FORTIM, 2015).

Grupos de apoio é uma verdadeira rede de apoio para o enlutado, pois são formas que os pais encontram suporte para suas dores, força e companheirismo. Entretanto, vale salientar que a presença de um profissional da saúde se faz necessário para o suporte psicológico (HEAZELL et al., 2013). Esse grupo deve ser específico de mães e familiares que estão sofrendo a perda de um ente querido, pois, como visto no relato da mãe Yasmin, ela se sente incompreendida por ninguém ter uma história semelhante a que ela viveu.

Na medida em que as mães vão encontrando formas de se apoiar, muitas começam a encontrar o significado da sua perda, objetivo do processo do luto (STURROCK, LOUW, 2013), como visualizado nos relatos, observa-se que as mães não entendem o porquê viveram esse momento, mas elas conseguem visualizar aprendizados no meio da tristeza: *“ele me ajudou de algum modo a me priorizar, pensa na minha saúde, pensei na minha profissão né”*.

Entretanto, apesar dos aprendizados, e respeitando o tempo de cada uma, as entrevistadas ainda sentem dúvidas sobre sua identidade, se ainda são mães ou deixaram de ser quando perderam suas crianças. Estudos demonstram que esses mesmos sentimentos, sobre perder a identidade de mãe, se faz presente nos relatos de outras mulheres que vivenciaram o óbito infantil (LEMOS; CUNHA, 2015; STURROCK; LOUW, 2013).

Reações como o aumento da saudade e tristeza no dia em que ocorreu o óbito do filho são normais ao ser finalizado uma forte ligação entre o binômio mãe-filho, entretanto, alguns relatos chamam a atenção e salientam a importância de um profissional da saúde para acompanhar essas mães, como no relato da mãe Camila: *“eu vou desistir, desistir de viver [...] não tenho mais vontade de nada nessa vida”* e da mãe Larissa: *“muita raiva do médico, muita raiva. Acho que se eu pudesse, se eu cruzasse com ele algum dia, eu pulava nele”* é notório sintomas de tristeza aumentada.

Segundo Frizzo (2017), quando uma mãe perde um filho ela pode experimentar momentos que tem vontade de morrer, e isso não indica que a mesma está vivenciando um luto patológico, pois a enlutada está compreendendo o momento que está vivendo, sua nova realidade. A perda de um filho pode ser considerada um acontecimento que a mãe nunca vai superar, mas vai aprender a lidar com a ausência do filho.

Entretanto, quando o enlutado não consegue elaborar sua perda, o mesmo prolonga o processo do luto, apresenta grande sofrimento, depressão e invalidez, é entendido que está vivendo o luto patológico. Nesse momento, é necessária a intervenção de um profissional da saúde capacitado para possibilitar ferramentas para a identificação do problema e apoiar o indivíduo para se adaptar a viver com a perda do filho (SILVA; CARNEIRO; ZANDONADI, 2017).

O luto patológico é um problema de saúde pública, pois não reflete apenas na vida do enlutado, mas em sua família e na sociedade também (PARIS; MONTIGNY, PELLOSO, 2017). Portanto, é fundamental que a equipe de saúde olhe de maneira especial cada enlutado, e quando verificados sinais de luto exacerbados, os mesmos intervenham para amenizar o sofrimento.

Assim, percebemos que o processo do luto é contínuo, por mais que as entrevistas tenham sido realizadas a mais de um ano do acontecimento, a rotina tenha voltado ao normal e as mães conseguem ver pontos positivos, ainda demonstram dúvidas, tem dias que a tristeza se faz presente e relatam que o vazio da perda perdura e a saudade cresce *“hoje assim eu posso dizer que eu tenho muita saudade, a saudade que fala que passa, mas não passa, cada dia assim ela acumula”*.

Esta oscilação de sentimentos é normal, o enlutado passa por momentos de grande tristeza, confronto consigo mesma e instantes de compreensão do que viveu. Essa inconstância é um dos melhores indicadores que o enlutado está enfrentando de forma positiva a experiência do luto (FRIZZO et al., 2017).

Aos poucos, respeitando o tempo de cada uma, a mãe vai encontrando o significado de sua perda e retornando a sua rotina. Como a mãe Ana Maria relata *“eu já comecei a estudar, já comecei a fazer estágio [...] fui começando a pegar umas roupinhas dele do armário, fui começando a dar, tem umas coisinhas que ainda não consegui”* existem situações que ela ainda precisava desprender do laço criado, mas isso é com o tempo, por isso, o profissional de saúde deve estar atento a todos esses sinais para apoiar essa mãe em todas as etapas do luto.

Por fim, as mães foram questionadas sobre a gravidez subsequente, no momento da entrevista 3 mães já tinham tido outra criança, 3 mães estavam grávidas e as demais (n=17) não faziam planos de gravidez até o momento. Porém, o sentimento sentido por todas foi unânime: sentiam medo na gravidez subsequente, de vivenciar uma perda novamente. Além disso, as mães declararam que poderiam ter outros filhos, mas nenhum substituiria o lugar do filho perdido.

É extremamente válido que a mulher enlutada viva todo o processo do luto, converse e desabafe com pessoas e encontre o significado de sua perda para depois engravidar, para que a gravidez subsequente não seja um momento de grande angústia e ansiedade (USTÜNDAG BUDAG et al., 2015).

Essa situação deve ser apoiada pelo profissional da saúde, companheiro e familiares próximos, pois a mãe pode se sentir angustiada e insegura (CAMPBELL-JACKSON; BEZANCE; HORSCH, 2014). Apesar de a esperança ser a base para os pais, alguns mantem a gravidez em sigilo por um tempo, com o medo que a história se repita e sua dor seja vista novamente por pessoas ao redor (MILLS et al., 2014).

A chegada de um bebê após uma perda perinatal renova a esperança que os pais sentem sobre a vida e fortalece a identidade materna da mãe. Porém, alguns tendem a se tornarem extremamente protetores, achando que a

qualquer momento, seja uma queda, um machucado, a criança venha entrar em óbito e a história se repita (CACCIATORE, 2013; STURROCK; LOUW, 2013).

Os pais afirmam que o bebê subsequente não substitui o filho perdido, assim, existe um receio dos pais ao demonstrarem grande amor para o segundo filho, pois em alguns momentos sentem que o primeiro filho fica com ciúmes. E ainda, os pais não gostam quando familiares ou pessoas próximas esquecem o primeiro filho (CAMPBELL-JACKSON; BEZANCE; HORSCH, 2014).

Dessa forma, novamente, salienta-se a importância do profissional da saúde em acompanhar essa mãe durante a gestação subsequente, para que amenize o medo e a ansiedade que os pais carregam.

Existem outros caminhos que o enlutado pode percorrer para ajudar na ressignificação da perda do seu filho, embora não citado nos relatos maternos, o exercício físico pode ser uma intervenção eficaz para diminuir ou eliminar intervenções farmacológicas, pois, em um estudo realizado, as mães declaram que após a atividade elas se sentem melhores, pois acreditam que conseguem liberar seus sentimentos (HUBERTY et al., 2014).

O processo do luto é difícil, é doloroso, mas se torna mais fácil com a ajuda de uma equipe de saúde interdisciplinar. Em um estudo realizado com brasileiras e canadenses, as canadenses apresentaram menores indicativos de luto prolongado, justificativa posta que ao perder um filho, as canadenses são assistidas em um centro de referência de apoio a famílias, onde uma equipe qualificada presta serviço em grupos de apoio (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2016)

Hoje em dia, existem cursos de Educação para a Morte, com a finalidade de preencher lacunas existentes na formação acadêmica dos profissionais da saúde, temas como o processo de morrer, atitudes frente à morte, cuidados paliativos, luto do profissional, luto antecipatório e processo de enlutamento estão presentes (CARDOSO; SANTOS, 2017).

Assim, por se tratar de saúde pública, esse estudo reforça a importância de criação de um centro de apoio para as famílias enlutadas, assim como cursos para capacitar os profissionais da saúde. A mãe enlutada necessita de

uma equipe interdisciplinar com qualidade para serem ajudadas a viver e se restabelecer do processo do luto.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo acentuam que a dor de perder um filho é umas das piores dores que o ser humano pode vivenciar, e quando essa criança morre intra-útero, nas primeiras horas ou nos primeiros dias, essa dor se torna invisível aos olhos da sociedade.

No momento da notícia, sentimentos como raiva, medo, choque, desespero e tristeza profunda se fazem presente. Nesse momento, o processo do luto se inicia e toda mãe demanda de um tempo para encontrar um significado de sua perda e então reestruturar a vida e o seu papel na família e na sociedade. As mães relatam alguns caminhos que percorrem para ressignificar sua perda, como a fé, conversar com a família e a ajuda de um profissional da saúde.

Toda a assistência oferecida durante o pré, intra e pós-parto devem ser baseadas no cuidado humanizado e com qualidade, assegurando que toda mulher receba uma assistência integral em todas as suas necessidades, respeitando suas vontades e esclarecendo suas dúvidas.

Reforça-se que a dor de uma mãe enlutada é pela sua perda, pelo vazio causado, e isso não depende do tempo de gestação, idade do filho e nem do motivo. Ainda, por mais que essa mãe tenha outros filhos, esses não substituirão o amor pelo filho perdido.

É evidente a importância de uma rede de apoio para as mães com profissionais da saúde, amigos e familiares. Assim, no momento que uma mulher perde seu filho, deve existir um apoio imediato, principalmente por uma equipe interdisciplinar. Além da mãe, os familiares também devem receber apoio da equipe, pois todos sofrem com a perda, e ajudaria as mães se sentirem acolhidas ao enfrentar esse luto.

Dessa maneira, enfatiza-se a carência existente na grade curricular, sobre a morte e o luto, ao formar novos profissionais e ainda a necessidade de capacitar os profissionais que já atuam para aprenderem a lidar com situações que demandam compaixão, empatia e humanização.

Também, destaca-se que, dada a frequência ainda elevada das mortes perinatais no Brasil, as intervenções em saúde materno-infantil não podem

continuar desconsiderando a população materna que vivencia a morte de um filho, e é necessária educação inicial e permanente dos profissionais da atenção básica e das maternidades sobre o tema, elaboração de medidas que dentro dos serviços de saúde apoiem as mães e os familiares na lida com a morte no momento imediato, mas, que também levem à reestruturação pós-óbito em médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDRE, M. et al. The impact of prior medical termination of pregnancy on the mother's early relationship with a subsequent infant. **Journal of maternal-fetal & neonatal medicine**, v. 7058, p. 1-6, 2015.
2. AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 53-62, 2017.
3. ALMEIDA, F. A.; MORAES, M. S.; CUNHA, M. L. R. 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, 2016.
4. AMINU, M. et al. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. **International journal of obstetrics and gynaecology**, v. 121, p. 141-153, 2014.
5. ANJOS, J. C.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do sistema de informações sobre nascidos vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 835-850, 2016.
6. ASPLIN, N. et al. Maternal emotional wellbeing over time and attachment to the fetus when a malformation is detected. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 6, n. 3, p. 191-195, 2015.
7. AVELIN, P. et al. Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. **Midwifery**, v. 29, n. 6, p. 668-673, 2013.
8. BAÈRE, T. D.; FAUSTINO, A. M.; MIRANDA, A. F. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. **Revista Portal de Divulgação**, n. 53, 2017.
9. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1ª ed. São Paulo:70. 2011. 277 p.
10. BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; MENDES, Y. M. M. B. Mortalidade perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 88-95, jan./mar. 2011.
11. BEZERRA, L. M.; NEVES, R. C. Considerações a respeito da morte e do morrer para os profissionais da enfermagem. **InterEspaço: Revista de geografia e interdisciplinaridade**, v. 3, n. 9, p. 27-48, 2017.
12. BOYDEN, J. Y. et al. Experiences of africanamerican parents following perinatal or pediatric death: a literature review. **Death Studies**, v. 38, p. 374-380, 2014.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília, 11 jan. 2010.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2016.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. TABNET. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – Capítulo C: Mortalidade**. Brasília: 2012.
17. CACCIATORE, J. Psychological effects of stillbirth. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 18, n. 2, p. 76-82, 2013.
18. CACCIATORE, J.; ERLANDSSON, K.; RADESTAD, I. Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 5, 2013.
19. CAMPBELL-JACKSON, L.; BEZANCE, J.; HORSCH, A. "A renewed sense of purpose": Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. **Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2014.
20. CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil : evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.
21. DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G.; MENDONÇA, F. F. A legislação da atenção básica do Sistema Único de saúde: uma análise documental. **Caderno Saúde Pública**, v. 32, n. 3, mar. 2016.
22. FLENADY, V. et al. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. **International journal of obstetrics and gynaecology**, v. 121, p. 137-140, 2014.
23. FONSECA, B. C. R. A construção do vínculo afetivo mãe-filho na gestação. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, n. 14, mai. 2010.
24. FREITAS, J. L. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. **Revista da abordagem gestáltica**, v. 19, n. 1, p. 97-105, jan/jul. 2013.
25. FRIZZO, H. C. F. et al. Mães enlutadas: criação de blogs temáticos sobre a perda de um filho. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 116-121, 2017.

26. GONÇALVES, P. C.; BITTAR, C. M. L. Estratégias de enfrentamento no luto. **Mudanças-Psicologia da saúde**, v. 24, n. 1, 2016.
27. GUERRA, H. S. et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação científica UNICESUMAR**, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016.
28. HEAZELL, A. et al. Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: Report of the 7th annual meeting of the international stillbirth alliance. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 92, n. 3, p. 352-361, 2013.
29. HILL, P. W. et al. The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. **Death Studies**, v. 41, n. 4, p. 226-235, 2017.
30. HUBERTY, J. L.; et al. A qualitative study exploring women's beliefs about physical activity after stillbirth. **Pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, 2014.
31. HUTTI, M. H.; ARMSTRONG, D. S.; MYERS, J. Evaluation of the Perinatal Grief Intensity Scale in the Subsequent Pregnancy After Perinatal Loss. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 42, n. 6, p. 697-706, 2013.
32. KUBLER-ROSS, E (1981). **Sobre a morte e o morrer**. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
33. LANSKY, S. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, 2014.
34. LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.
35. LIMA, S.; FORTIM, I. A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimortos. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, v. 18, n. 4, p. 771-788, 2015.
36. LOPES, B. G.; et al. Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. **Revista Rene**, v. 18, n. 3, p. 307-313, 2017.
31. MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. A. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e saúde em debate**, v. 1, n. 1. 2015.
37. MALTA, D. C. et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia: serviço e saúde**, v. 19, n. 2, p. 173-176, abr./jun. 2010.

38. MEHRAN, P. et al. History of perinatal loss and maternal-fetal attachment behaviors. **Women and Birth**, v. 26, n. 3, p. 185-189, 2013.
39. MILLS, T. A. et al. Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: A metasynthesis. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 121, n. 8, p. 943-950, 2014.
40. MIRANDA, M. H. H.; FERNANDES, F. E. C. V. Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 3, p. 171-1178, mar. 2017.
41. MURPHY, S.; JONES, K. S. By the way knowledge: Grandparents, stillbirth and neonatal death. **Human Fertility**, v. 17, n. 3, p. 210-213. 2014.
42. OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 22-28, 2012.
43. OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; SANTOS, M. A. Grupo de educação para a morte: uma estratégia complementar à formação acadêmica do profissional de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 500-514, 2017.
44. ORTIZ, C. C. L.; ABILIO, E. S.; SOBREIRA, F. A. G. As contribuições da psicologia junto à equipe de saúde diante da morte, luto e perdas de seus pacientes. **Saúde em redes**, v. 2, n. 3, p. 273-280, 2016.
45. PARANÁ. Secretaria do Estado do Paraná. **Linha Guia: Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2015.
46. PARANÁ. Secretaria de Saúde do Paraná. **Sistema de informações sobre mortalidade (sim) e nascidos vivos (sinasc)**. Disponível em: www.tabnet.sesa.pr.gov.br. Acesso em 16 set. 2017.
47. PARIS, G. F.; MONTIGNY, F.; PELLOSO, S. M. Adaptação transcultural e evidências de validação da perinatal grief scale. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, n. 1, 2017.
48. PARIS, G. F.; MONTIGNY, S.; PELLOSO, S. M. Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 546-553, 2016.
49. PAULA-JÚNIOR, J. D. et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010). **Revista Brasileira de pesquisas em saúde**, Vitória, 18 (3): 24-31, jul-set, 2016.
50. PEREIRA, R. C. et al. Perfil epidemiológico sobre mortalidade perinatal e evitabilidade. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 10, n. 5, p. 1763-1772, 2016.

51. PETERS, M. D. J. et al. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. **Women and Birth**, v. 28, n. 4, p. 272-278, 2015.
52. PETRO, S. J. Drawing Close to the Brokenhearted: Pastoral Responses to Parents Grieving Stillbirth. **The journal of pastoral care & counseling**, v. 69, n. 1, p. 13-18, 2015.
53. RANGEL, R. F.; BACKES, D. S.; ILHA, S. et al. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. **Revista Rene**, v. 18, n. 1, p. 43-50, 2017.
54. RÊGO, M. G. S. et al. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.
55. RODRIGUES, J. C. T. et al. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto**, v. 4., n. 01, 2016.
56. RYNINKS, K. et al. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. **Pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 203, 2014.
57. SANTOS, F. M. Resenha: Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, 2012.
58. SANTOS, J. L.; CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v. 18, n. 3, p. 199-203, 2014.
59. SILVA, R. C. A. F.; MONTEIRO, P. S. Mortalidade perinatal em gestantes de alto risco em um hospital terciário. **Journal of health & biological sciences**, v.2, n.1, p. 23-28, 2014.
60. SILVA, S.; CARNEIRO, M. I. P.; ZANDONADI, A. C. O luto patológico e a atuação do psicólogo sob o enfoque da psicoterapia dinâmica breve. **Revista Farol**, v. 3, n. 3, p. 142-157, mar. 2017.
61. SILVA, T. R.; MOTTA, R. F. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 17-25, 2015.
62. SOBIERAY, N. L. E. C.; URBANETZ, A. A.; TRISTÃO, E. G. Estudo da mortalidade perinatal do município de Curitiba no período de 2002 a 2005. **Arquivos médicos dos hospitais e da faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 60, p. 47-53, 2015.
63. SOUZA, P. C.; RIBEIRO, C. F.; SOARES, S. S. Satisfação dos usuários da assistência hospitalar: o caso de um hospital público do SUS do estado de Mato Grosso. **Revista de Administração em saúde**, v. 17, n. 69, 2017.

64. STHAL, H. C.; LEAL, C. R. A. A. Educação popular como política de saúde: interfaces com a formação profissional em saúde. **Cadernos de Pesquisa**, v. 24, n. 2, 2017.
65. STEEN, S. E. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. **International journal of palliative nursing**, v. 21, n. 2, p. 79-86, 2015.
66. STROZZI, J. B. **SUS Pense: uma reflexão epidemiológica sobre o SUS e outras aplicações acadêmicas**. Londrina: Cebes. 1997. 194p.
67. STURROCK, C.; LOUW, J. Meaning-making after neonatal death: narratives of Xhosa-speaking women in South Africa. **Death Studies**, v. 37, n. 6, p. 569-588, 2013.
68. SUN, L. et al. Estimation of high risk pregnancy contributing to perinatal morbidity and mortality from a birth population-based regional survey in 2010 in China. **Pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 338, 2014.
69. URQUIZA, M. A.; MARQUES, D. B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, v. 16, n. 1, p. 115-144, jan./jun. 2016.
70. USTUNDAG-BUDAK, A. M. et al. Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. **Pregnancy and childbirth**, v. 15, 2015.
71. WILSON, P. A.; BOYLE, F. M.; WARE, R. S. Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement service. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 55, p. 337-343, 2015.
72. WOOL, C. Instrument Development: Parental Satisfaction and Quality Indicators of Perinatal Palliative Care. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 17, n. 4, p. 301-308, 2015.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: PERSPECTIVAS MATERNAS SOBRE MORTALIDADE PERINATAL

Nome: Idade: Telefone:

Você, mãe, está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “Perspectivas maternas sobre mortalidade perinatal”. O objetivo desta pesquisa é conhecer a situação de mortalidade perinatal no município de Ponta Grossa no olhar das mães que vivenciaram este evento. Sabemos que é um assunto delicado de ser tratado, mas, é de grande importância conhecermos o que as mães pensam sobre o assunto para que os resultados desta pesquisa possam orientar o cuidado materno-infantil e no futuro prevenir novos eventos de óbitos em bebês.

Incluimos você em grupo fechado e secreto na rede social “Facebook”, para garantir seu anonimato, e proporcionar o contato com as outras mães que passaram pela mesma situação. Nosso intuito com a criação do grupo na rede social é de encontrá-las, e manter um primeiro contato. Após este primeiro contato, você será convidada para um encontro presencial a fim de participar de uma entrevista que será realizada em um evento na Universidade Estadual de Ponta Grossa, e gravada de acordo com o seu consentimento, respeitando completamente o seu anonimato.

Os riscos da pesquisa será desconforto ao lembrar a perda do filho, os quais poderão causar sentimento de tristeza, medo e angústia. Mas, faremos o possível para minimizar este desconforto por meio do respeito e solidariedade.

Espera-se com esta pesquisa proporcionar o conhecimento sobre a mortalidade perinatal de Ponta Grossa, relacionando com a assistência prestada as puérperas (mães que deram à luz a um bebê), de modo a traçar as principais causas e propiciar para que os serviços de saúde possam construir estratégias para melhorar a qualidade na assistência para as gestantes e puérperas.

A pesquisadora: Beatriz Gonçalves Lopes, enfermeira, discente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pelos telefones (3226-3683; 99993-5802); bia_loppes@hotmail.com e a pesquisadora participante Pollyanna Kássia de Oliveira Borges (99923-8989), pollyannakassia@uepg.br poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar o desligamento desta. As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. As informações coletadas serão divulgadas de modo anônimo e apenas em eventos e meios de comunicação científicos.

Eu, li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

.....
.....

Assinatura do entrevistado
responsável

Assinatura do pesquisador

Ponta Grossa, de

de 2016.

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE PESQUISA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. História e sentimentos maternos

1. Conte-me o que aconteceu no momento da perda do seu filho.
2. Como foi quando recebeu a notícia de perda do seu filho? Quem lhe deu a notícia?
3. Por que você pensa que esse fato aconteceu com você?

2. Causas do óbito e assistência prestada ao filho

4. Com quanto tempo de vida seu filho morreu?
5. Seu bebê teve assistência imediata após o nascimento? (para as que tiveram nascidos vivos)
6. Alguém falou para você o que estava acontecendo com o seu bebê?
7. Você sabe o motivo da morte do seu filho?
8. Você acredita no motivo que lhe falaram ou escreveram na Declaração de Óbito?

3. Compreensão das pessoas ao redor da mãe

9. Você acha possível alguém entender o sentimento que você sente?
10. Conhece alguém que passou por um momento parecido com o seu?
 - Se sim: Quem? Como ela enfrentou esse momento? Ela te ajudou?
 - Se não: você acha que existem muitas pessoas que sofrem com essa perda?
11. O que você diria para outra mãe que passasse pela mesma situação que você?

4. Estratégias de resignificação

12. Hoje em dia, como você está?
13. Quais os sentimentos que você sente ao lembrar?
14. Você se sente a vontade para falar sobre sua perda? Por quê?
15. As pessoas tocam nesse assunto com você?

16. Você ainda sonha que está grávida ou que está com o bebê no colo?

17. Você acredita que um dia o luto passa para as mães?

18. Você acredita que superou o luto? Por quê?

19. Você teve outros filhos?

- Se sim: Quais sentimentos que nortearam essa gravidez?

- Se não: Planeja ter outros filhos? Quais seus sentimentos ao pensar nisso?

5. Assistência recebida pela equipe de saúde

20. Como foi o seu pré-natal?

21. O médico que fez seu pré-natal foi o mesmo que fez o parto?

22. Foi você quem escolheu a maternidade?

23. Você lembra da equipe de saúde que lhe atendeu?

24. Na maternidade, como a equipe te atendeu?

25. Você voltaria ter um filho nessa maternidade?

26. Que tipo de apoio da equipe de saúde você teve?

27. O que você gostaria que os profissionais de saúde soubessem sobre o seu luto?

28. Como poderiam ter lhe ajudado?

ANEXO A**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERSPECTIVAS MATERNAS SOBRE MORTALIDADE PERINATAL

Pesquisador: Pollyanna Kassia de Oliveira Borges

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57364816.2.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.617.353

Apresentação do Projeto:

PERSPECTIVAS MATERNAS SOBRE MORTALIDADE PERINATAL

Objetivo da Pesquisa:

Identificar os cenários da mortalidade perinatal no município de Ponta Grossa/PR, de acordo com a perspectiva materna e evidências epidemiológicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco existente para as mães será desconforto ao relembrar a perda do filho, os quais poderão causar sentimentos de tristeza, medo e angústia. Mas, os pesquisadores tentam que os preceitos éticos serão garantidos (sigilo, autonomia, beneficência, não maleficência).

Benefícios:

O benefício será entender sobre a mortalidade perinatal no município de Ponta Grossa, analisando quais os fatores que têm influenciado nesse cenário, para então proporcionar dados e os gestores das maternidades possam elaborar projetos para ampliar a qualidade da assistência ao recém-nascido e sua mãe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Pesquisa de importância para a Saúde Pública familiar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Corretos.

Recomendações:

Enviar relatório final após a conclusão do projeto de pesquisa para evitar pendências com a COEP ou com a PROPESP via notificação pela Plataforma Brasil (online).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP: Enviar relatório final após a conclusão do projeto de pesquisa para evitar pendências com a COEP ou com a PROPESP via notificação pela Plataforma Brasil (online).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_747773.pdf	27/06/2016 17:11:56		Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	27/06/2016 17:11:29	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta.jpeg	27/06/2016 17:02:51	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ENTREVISTA.pdf	27/06/2016 14:56:38	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/06/2016 14:55:36	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	27/06/2016 14:55:18	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	assinaturas.pdf	27/06/2016 14:54:51	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

PONTA GROSSA, 01 de Julho de 2016

Assinado por: ULISSES COELHO
(Coordenador)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

BEATRIZ GONÇALVES LOPES

PERSPECTIVAS MATERNAS SOBRE MORTALIDADE PERINATAL

PONTA GROSSA
2018