



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA
BOTUCATU**

Mariane Graciano Duarte

**LUTO NA MATERNIDADE: CONSTRUÇÃO DE
CARTILHA PARA CUIDADOS EM SITUAÇÃO DE
ÓBITO PERINATAL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Milena Temer Jamas
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª Elenice Bertanha Consonni

**Botucatu - SP
2019**



Mariane Graciano Duarte

LUTO NA MATERNIDADE: CONSTRUÇÃO DE CARTILHA PARA CUIDADOS EM SITUAÇÃO DE ÓBITO PERINATAL

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Milena Temer Jamas
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elenice Bertanha Consonni

**Botucatu - SP
2019**

FICHA CATALOGRAFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Duarte, Mariane Graciano.
Luto na maternidade : construção de cartinha para cuidados em situação de óbito perinatal / Mariane Graciano Duarte. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Milena Temer Jamas
Coorientador: Elenice Bertanha Consonni
Capes: 40400000

1. Luto. 2. Maternidade. 3. Pessoal da área médica.

Palavras-chave: Luto; Maternidade; Profissionais de saúde.

Luto na maternidade: construção de cartilha para cuidados em situação de óbito perinatal

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^aDr^a Milena Temer Jamas
Co-orientadora: Prof^aDr^a Elenice Bertanha Consonni

Comissão examinadora:

Prof^aDr^a Milena Temer Jamas
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof^aDr^a Luciana Mazorra
Instituto de Psicologia Quatro Estações

Prof^aDr^a Marla Andréia Garcia de Avila
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Botucatu, 10/06/2019.

AGRADECIMENTOS

A construção de uma dissertação requer muita dedicação, carinho, estudos, responsabilidade, paciência, saúde física e mental. Essa jornada veio acompanhada de muitas provações, desafios, turbulências e para superá-los, foi necessário acima de tudo: muita fé. Sempre levei comigo a certeza de que por mais difícil que pudesse ser o percurso, esse caminho agregava um conhecimento muito rico em minha trajetória pessoal e profissional.

Primeiramente dedico meu agradecimento a Deus, por ter me dado como direito a vida e por permitir que eu esteja hoje, aqui, realizando esse agradecimento. Após tantos livramentos que guardaram o meu corpo e o meu espírito, principalmente no acidente que quase me levou para outro plano, do qual hoje ainda me recupero.

Agradeço aos meus pais, meu pai que já não se encontra nesse plano, mas que com certeza olha e torce por mim de onde tiver. E à minha mãe, que é a minha base, a minha rainha, a minha inspiração para que eu lute todos os dias, pois lembra-me sempre que Deus nos criou para vencer. Sem ela e sem todos os cuidados que recebo, hoje, eu não estaria aqui.

À minha avó querida, a qual eu tenho imenso amor e carinho, pelo companheirismo e amor que me dedica todos os dias da sua vida. Deus me presenteou como uma segunda mãe, tive muita sorte.

À minha orientadora Prof^aDr^a Milena Temer Jamas e à minha co-orientadora Prof^aDr^aElenice Bertanha pela compreensão, paciência, transmissão de conhecimento e principalmente pela escolha de um tema tão especial.

À Prof^aDr^aMarla Andréia Garcia de Ávila e à Dra Luciana Mazorra pelas sugestões de melhorias no meu trabalho, meu grande agradecimento.

Ao colaborador do setor de Pós-Graduação César Eduardo

Guimarães, pela sua competência técnica e atenção oferecida em todos os momentos.

À tudo e à todos que de alguma forma contribuíram para que hoje eu estivesse tão grata e satisfeita.

EPÍGRAFE

“Para tudo há uma ocasião, e um tempo para
cada propósito debaixo do céu:
Tempo de nascer e tempo de morrer, tempo
de plantar e tempo de colher;
Tempo de lutar e tempo de viver em paz.
O que ganha o trabalhador com todo seu
esforço?
Tenho visto o fardo que Deus impôs aos
homens.
Ele fez tudo apropriado ao seu tempo.
Também pôs no coração do homem anseio pela
eternidade; mesmo assim este não consegue
compreender inteiramente o que Deus fez.
Descobri que não há nada melhor para o
homem do que ser feliz e praticar o bem enquanto
vive.”

(Eclesiastes 3)

RESUMO

Duarte M.G. Luto na maternidade: construção de cartilha para cuidados em situação de óbito perinatal [Dissertação]. Botucatu-SP: “Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho”.

Os profissionais de saúde utilizam algumas táticas com intuito de se resguardar psicologicamente do sofrimento vivenciado por seus pacientes. Entre uma das maneiras de proteção está a concepção de que o setor da maternidade seja um lugar onde surgem novas vidas e não onde elas acabam. Entretanto a maternidade pode ser marcada por acontecimentos negativos, acompanhados por perdas ao invés de ganhos, tornando a morte um assunto polêmico e desafiador nesse meio. Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi elaborar um material instrutivo, em formato de cartilha, que auxilie profissionais de saúde na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade. Trata-se de um estudo do tipo metodológico, para construção de uma tecnologia educativa, o qual adotou as etapas de: submissão do projeto ao comitê de ética, levantamento de vivências e demandas da população alvo por meio de um estudo qualitativo, levantamento bibliográfico e elaboração do material educativo. O material foi construído através das etapas de sistematização do conteúdo; seleção e elaboração das ilustrações; composição da cartilha e critérios editoriais utilizados. Os resultados apresentaram-se na produção de material instrutivo em formato de cartilha, com o título: "Lidando com o luto na maternidade – orientações aos profissionais de enfermagem". Na sistematização do conteúdo do material, foram elencados os seguintes conteúdos, considerados mais relevantes para nortear o cuidado prestado pelos profissionais de saúde para serem abordados: 1) a maternidade; 2) o que é luto; 3) o profissional de saúde frente a morte e o luto; 4) como lidar com a perda na maternidade; 5) o contato com o bebê; 6) falas que devem ser evitadas; e 7) informações legais e burocráticas. Espera-se que o material auxilie os profissionais na condução dos cuidados de enfermagem, favorecendo o processo de luto da mulher, assim como seu parceiro e familiares, frente à dolorosa situação que é a perda perinatal.

Descritores: Luto. Maternidade. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Duarte M.G. Mourning in the maternity: construction of booklet for care in perinatal death[Dissertation]. Botucatu-SP: "Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho".

Health professionals use some tactics to protect themselves psychically from the suffering experienced by their patients. One of the ways of protection is the conception that the maternity sector is a place where new lives emerge and not where they end. However, motherhood can be marked by negative events, accompanied by losses rather than gains, making death a controversial and challenging issue in this environment. Therefore, the objective of this research was to develop an instructional material, in booklet format, that assists health professionals in approaching and caring for mothers, fathers and family members after gestational or neonatal loss in maternity. This is a methodological study, for the construction of an educational technology, which adopted the steps of: submission of the project to the ethics committee, survey of experiences and demands of the target population through a qualitative study, bibliographic survey and elaboration of educational material. The material was built through the stages of systematization of the content; selection and elaboration of illustrations; composition of the booklet and editorial criteria used. The results were presented in the production of instructional material in booklet format, entitled: "Dealing with bereavement in maternity - guidelines for nursing professionals". In systematizing the content of the material, the following contents were listed, considered most relevant to guide the care provided by health professionals to be addressed: 1) maternity; 2) what is mourning; 3) the health professional facing death and mourning; 4) how to deal with maternity loss; 5) contact with the baby; 6) lines that should be avoided; and 7) legal and bureaucratic information. The material is expected to help professionals in the conduct of nursing care, favoring the grieving process of women, as well as their partner and family, in view of the painful situation of perinatal loss.

Descriptors: Bereavement. Maternity. Health Personnel.

LISTA DE SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HC	Hospital de Clínicas
HCB	Hospital das Clínicas de Botucatu
PNH	Programa Nacional de Humanização
PHPN	Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Características sociodemográficas. Botucatu, 2018.....41

Tabela 1- Síntese do título, autores das pesquisas e o ano da publicação dos artigos, 2018.....58

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Materiais instrutivos existentes.....	19
1.2 CONCEITOS SOBRE O LUTO	21
1.3 PRINCIPAIS LUTOS VIVENCIADOS NA MATERNIDADE	23
1.3.1 Luto Perinatal	23
1.3.2 Luto não reconhecido.....	24
1.3.3 Luto complicado	24
1.3.4 Luto prolongado ou crônico	25
1.3.5 Luto adiado e luto inibido.....	26
1.3.6 Fatores de risco e proteção durante a perda perinatal.....	27
2 OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL.....	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 MÉTODO.....	33
3.1 Características do Estudo.....	33
3.2 Local do estudo	33
3.3 Etapas do estudo	33
3.3.1 Aspectos éticos.....	34
3.3.2 Levantamento de vivências e demandas.....	34
3.3.3 Levantamento bibliográfico.....	36
3.3.4 Elaboração do material educativo.....	36
3.3.4.1 A sistematização do conteúdo.....	36
3.3.4.2 A seleção e elaboração das ilustrações.....	37

3.3.4.3 A composição da cartilha	37
3.3.4.4 Os critérios editoriais utilizados	38
4 RESULTADOS	40
4.1 A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM E NO CUIDADO DE MÃES, PAIS E FAMILIARES APÓS PERDA GESTACIONAL OU NEONATAL NA MATERNIDADE.....	40
4.1.1 Características gerais das participantes.....	40
4.1.2 As categorias descritivas da representação da experiência e seus componentes.....	42
4.1.2.1 Adequando regras e rotinas.....	42
4.1.2.2 Conhecer e se despedir do bebê.....	44
4.1.2.3 Situações mais difíceis.....	48
4.1.2.4 Lidando com os próprios sentimentos	51
4.1.2.5 Falas que devem ser evitadas.....	53
4.2 LEVANTAMENTO DE DEMANDAS DA EQUIPE	55
4.3 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	57
4.3.1 Demandas providas das mães que passam pelo momento de luto	59
4.3.2 Demanda dos Profissionais presentes na literatura	62
4.4 PROPOSTA DO MATERIAL INSTRUTIVO - CARTILHA.....	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	72
ANEXOS	79
ANEXO A	80
ANEXO B	84

APÊNDICES.....	87
APÊNDICE A.....	88
APÊNDICE B.....	90
APÊNDICE C – PROPOSTA INICIAL DA CARTILHA	91

APRESENTAÇÃO

Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná, interior do Paraná em 2010, onde desde então tive grande afinidade com a área de obstetrícia durante as aulas e os estágios. Após minha formação, para aprofundar-me no assunto cursei a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Paraná, onde tive uma experiência incrível, pois se tratava de um hospital de referência à gestantes alto risco. Acompanhei muitos casos alegres e satisfatórios, assim como muitos casos envolvidos por muita dor. Isso acontecia tanto nas enfermarias, com menor frequência e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pronto Atendimento Obstétrico com grande frequência. Tais vivências aguçaram a minha percepção e empatia como profissional de Enfermagem, principalmente dentro da equipe Multiprofissional.

Após o término da Residência tive muita alegria em trabalhar por três anos na Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos, São Paulo, onde atuei em Unidades de Terapia Intensivas Adulta, Neonatal e Pediátrica. Ali acompanhei de perto inúmeras situações de pacientes e familiares enlutados. Simultaneamente realizava a preceptoria de estágios de Enfermagem acompanhada pelos alunos do último ano de graduação da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos, São Paulo, onde sinto muita gratidão por poder ter compartilhado meu conhecimento com meus queridos alunos.

Hoje atuo no Hospital Universitário de Marília, São Paulo, nos setores de Centro Obstétrico, Maternidade e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Muita gratidão ao universo por ter a chance de viver essa prática concomitante à minha dissertação, pois esse trabalho expande cada vez mais a minha consciência. Hoje, mais que nunca, busco por um atendimento adequado, principalmente em questões onde envolvam o luto perinatal.

Esse trabalho foi um dos mais lindos que já tive a honra de participar, hoje com toda a certeza e embasamento científico posso dizer com orgulho, que nós enfermeiros temos em nossas mãos um dom único, que nos torna capazes de interferir positivamente e negativamente na vida dos nossos pacientes. Isso acontece a todo tempo, refletido pela individualidade de cada situação, de cada olhar, de cada abraço, de cada palavra, de cada gesto ou de cada silêncio.



1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde utilizam algumas táticas com intuito de se resguardar psiquicamente da morte e do sofrimento vivenciado por seus pacientes. Uma das maneiras de proteção é a escolha pela atuação na maternidade, onde, em geral, há expectativa de um cenário marcado positivamente pelo nascimento de bebês saudáveis, com pais alegres e emocionados, um lugar onde surgem novas vidas e não onde elas terminam (LEMOS; CUNHA, 2015).

Entretanto, invariavelmente a maternidade é também local de experiências marcadas por acontecimentos negativos, acompanhados por perdas ao invés de ganhos (AMPESE; PEROSA; HAAS, 2007) onde profissionais de saúde se deparam com situações de morte materna, abortamentos e morte perinatal (óbito fetal ou do recém-nascido).

Ao tentarem evitar o contato com a morte, os profissionais podem ser vistos com atitudes de indiferença e frieza. Entretanto, podem refletir a sensação de despreparo para lidar com a perda e com o outro que está sofrendo diante dela (LEMOS; CUNHA, 2015).

Um dos fatores contribuintes para esse despreparo, é que a maior parte dos estudos que abordam o contexto de óbitos na maternidade restringe-se a pesquisar as causas biológicas e os fatores relacionados a elas apenas. Acredita-se ainda que a formação acadêmica dos profissionais da área de saúde esteja voltada para a vida, prejudicando assim o enfrentamento e aceitação da morte em qualquer situação, pois o tema não é satisfatoriamente explorado no meio acadêmico (AMPESE; PEROSA; HAAS, 2007).

Estudo realizado por Bellatto *et al.* (2007), assinala que os docentes pesquisados, apesar de terem anos de experiência profissional em atendimento hospitalar, apresentam dificuldades em abordar o tema de morte e morrer na formação acadêmica de enfermagem.

Quando o assunto abordado é a morte na maternidade, os profissionais tendem a reagir de diversas formas em diferentes situações. Freire (2005) relata ser comum o fato de alguns profissionais de saúde não expressarem gestos e emoções diante da dor pela morte de um filho quando estão diante de uma mãe que sofreu perda gestacional. Tal atitude, ao contrário do que possa parecer, reflete preocupação e respeito, na perspectiva de diminuir o sofrimento. Contudo a indução de tentar calar o choro dessa mulher, convencendo-a de que foi melhor assim ou citando a possibilidade de ter outro filho, acaba por forçar a repressão do seu sofrimento de forma solitária.

Outros profissionais, com convicção de que amenizarão o sofrimento da mãe, após o nascimento de um bebê morto, o retiram rapidamente de sua presença. Muitas vezes é uma oposição ao desejo da mulher, que tem vontade de segurar seu filho, ainda que morto nos braços (BOWLBY, 2008).

Em casos de malformação grave, a tendência cultural é de submergir os vestígios da existência do bebê. Enquanto a mãe busca reconhecimento do filho que perdeu, as pessoas que acompanham o processo, não conseguem enxergar o que ela perde, induzindo-a acelerar o processo de luto (IACONELLI, 2007).

Já em situações de aborto provocado, um estudo realizado por Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) mostra que os profissionais de saúde apresentam posturas de julgamento e punição para com as mulheres. Percebem o aborto provocado como pecado, culpabilizando-as. Em seus discursos, profissionais de enfermagem declararam ter a percepção de que discriminam as mulheres que provocam o aborto e que priorizam a assistência as parturientes, puérperas e gestantes.

Segundo Kovács (2010), cada profissional de saúde tem a sua forma individual de lidar com questões relacionadas à morte e às perdas, o que depende de diversos fatores que envolvem sua própria vida. Entre eles podem ser destacados os aspectos culturais, a sua história pessoal

de perdas, de experiências com a morte e de elaboração de luto. Além disso, sua formação acadêmica e a capacitação profissional do serviço podem refletir no enfrentamento pessoal e na assistência oferecida aos pacientes.

Pode-se afirmar que é de extrema necessidade que cada profissional reconheça sua dificuldade e fragilidade em lidar com o assunto de dor e perdas, para que possa assim buscar ajuda e estratégias que auxiliem no enfrentamento dessa situação, protegendo então a si e aos demais para que não haja exaustão emocional (SMELTZER; BARE, 2005)

Assim surgiram algumas inquietações: Como é cuidar de uma paciente na maternidade que sofreu um aborto ou uma perda Perinatal? Como os profissionais da equipe de saúde refletem sobre o processo morte e morrer na maternidade? Quais são as dificuldades encontradas por esses profissionais ao lidar com o processo de luto na maternidade? Que conteúdo deve ser abordado em material instrutivo que sirva de subsídio e suporte para os profissionais frente ao enfrentamento de luto na maternidade?

Este estudo se justifica pela carência de pesquisas publicadas por profissionais de saúde nesta temática. Poderá também justificar a importância de um instrumento que sirva de subsídio aos profissionais para lidar com esse processo e assim emergir o planejamento e a organização do processo de trabalho, além de influenciar a prática clínica humanizada de todos os profissionais da saúde envolvidos com a assistência aos pacientes/famílias que vivenciam esse momento de angústia e dor.

1.1 MATERIAIS INSTRUTIVOS EXISTENTES

Foram realizadas buscas por materiais instrutivos existentes sobre o assunto de enfrentamento do luto pelos profissionais de enfermagem

atuantes na maternidade, com resultados escassos, embora exista uma série de políticas públicas brasileiras que propendam os cuidados à mulher no ciclo gravídico puerperal, as situações de óbito perinatal ainda não são devidamente exploradas como deveriam nas questões de prestações de cuidados que abrangem os aspectos emocionais das mães e familiares que passam por esse momento de luto.

As políticas públicas brasileiras vêm sendo concretizadas, com intuito de melhorias no sentido de garantir os direitos das mulheres, objetivando a garantia do atendimento seguro nesse período. Como referenciais podem ser citadas a PNH (Política Nacional de Humanização), a PHPN (Política de Humanização do Parto e do Nascimento), o Pacto Nacional pela Redução de Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil (2004) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que dá prioridades atenção à saúde e redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2002, 2004, 2006, 2013).

Além da implantação da Rede Cegonha, em 2011, que contribui através da assistência de pré-natal, parto e nascimento, puerpério e na atenção integral ao recém-nascido (BRASIL, 2013), ressaltamos a extrema importância do manual de Assistência Humanizada a Mulher no parto, aborto e puerpério, onde são abordadas as diversas formas de atendimento, inclusive no momento de abortamento e no pós-aborto (BRASIL, 2001).

Alguns estudos recentes têm buscado ressaltar a necessidade de uma atuação cuidadosa, multiprofissional, com intuito de encontrar subsídios que refletirão em conhecimentos capazes de contribuir para o conhecimento, o que levará a quebra do padrão assistencial engessado das instituições quando referente ao assunto de luto perinatal (MORAES, 2010; SIMWAKA; KOK; CHILEMBRA, 2014; OREANO *et al.*, 2014).

Embora, como citado anteriormente, existam alguns manuais publicados pelo Ministério da Saúde sobre o assunto, enxerga-se a necessidade de elaboração de um material educativo para organizar e

sistematizar as ações prestadas pela equipe de saúde às mulheres que vivenciam a perda perinatal.

A cartilha instrutiva é um instrumento que possibilita a responsabilidade e comprometimento com o cuidado prestado. A sua construção pode ser realizada por meio de levantamentos de demandas obtidas pelo conhecimento da equipe sobre o assunto, através da experiência profissional de cada participante de forma reflexiva, além do embasamento em literatura atualizada (SANTOS, 2014).

1.2 CONCEITOS SOBRE O LUTO

Para que ocorra uma assistência adequada às pacientes que passam pela experiência de perda perinatal, torna-se imprescindível que haja empatia durante o atendimento. O conhecimento dos profissionais sobre o fenômeno do luto pode favorecer a compreensão e o cuidado à mulher e familiares de forma respeitosa e qualificada.

Embora existam técnicas específicas para o enfrentamento do profissional frente às situações de morte e morrer, as emoções vindas dos mesmos é frequentemente desconsiderado no cotidiano da prática clínica. Deixa-se muitas vezes para trás o fato da importância do conhecimento sobre o luto e o quanto isso interfere seus próprios sentimentos frente ao tema. Entretanto, tal situação pode fazer o profissional reviver suas experiências pessoais de perdas, resultando muitas vezes em sentimento de impotência e despreparo (SALGADO; POLIDO, 2018).

O luto está intimamente ligado ao momento posterior à morte de um ente querido. Entretanto, ele também ocorrem em outras situações de perdas significativas como o término de uma relação amorosa, a perda de um membro do nosso corpo, ou de um animal de estimação. Toda e qualquer situação de perda pelas quais passamos ao longo da vida exige tempo para que seja restabelecida (RAMOS, 2016).

Segundo Bowlby (1985) o luto é composto por quatro estágios ou fases que um indivíduo “supostamente” tem de passar para que a perda da vinculação seja reconhecida e a recuperação se dê por concluída. A primeira fase é o choque, estágio onde o indivíduo não reconhece a perda. Em seguida entra a fase de protesto, onde o indivíduo procura e anseia pela pessoa perdida. A terceira fase é o desespero, essa fase ocorre quando o indivíduo se apercebe que a perda é permanente. A quarta e última fase é a aceitação que ocorre quando o indivíduo se adapta à perda e começa a retomar o seu funcionamento normal. A adaptação ao luto é o resultado de uma interação entre duas forças de vinculação opostas: a necessidade de manter a proximidade com a pessoa perdida e a necessidade de desvinculação para investir noutras relações. Pode ser classificadas como: fase de choque/torpor; saudade e da busca da figura perdida; desorganização e desespero e organização. É importante ter a ciência de que cada um terá uma reação particular frente a essas etapas.

Poderão ainda ser atrelados à essas fases alguns sinais e sintomas sofridos pelos indivíduos que estão atravessando o momento de perda e luto, como: mudanças no humor e no padrão comportamental; dificuldade para concentrar-se; comportamento agressivo diante dos outros e de si mesmo; fadiga; perda na regulação do sono, da fome e de autocuidados, além de múltiplos problemas somáticos, em consonância com vários sentimentos, os quais intensificam-se e associam-se à condição de resposta ao evento ou acontecimento estressor (VIOLA *et al.*, 2011), incluindo, na etiologia do luto, a melancolia, a sensação de impotência perante a morte e a falta de prazer com as atividades. A persistência desses sintomas e do estresse afetam ainda a função imunológica (MARQUES *et al.*, 2001), o que predispõe o organismo a outros agravos à saúde, como o surgimento de enfermidades (FARNÉ, 2003).

1.3 Principais lutos vivenciados na maternidade

1.3.1 Luto Perinatal

O luto perinatal está associado a perdas que acontecem durante a gestação, parto, ou no primeiro mês de vida do bebê. Também é considerado luto perinatal quando ocorre a separação por motivos de adoção logo após o nascimento. A vivência do luto no período neonatal pode acarretar diversas reações nos pais, como irritabilidade, pesar, temor, vazio interior, raiva, apatia, dentre outras (HUTTI, 2005).

A experiência de luto perinatal é de difícil descrição e assimilação pelos pais, pois um filho representa o início da vida e não o seu fim. (OVIEDO *et al.*, 2009).

O Estudo realizado por Badenhorst e Hughes (2007) identificou que 20% das mães que passaram por perda perinatal sofreram algum transtorno psicológico, no período de um ano após a perda, podendo levar a distúrbios psiquiátricos, e afetar, caso houver, gestações posteriores.

Os profissionais de saúde, diante da perda perinatal, muitas vezes, sentem-se incomodados, pois muitos não sabem como se comportar nessas situações, ou como assistira mãe e a família enlutada (MONTERO *et al.*, 2011). Deste modo, tendem a acelerar os procedimentos, na tentativa de o momento seja menos doloroso a todos os envolvidos. Embora o sofrimento dos profissionais não deva ser negligenciado, é de extrema importância que as necessidades da mulher sejam respeitadas e, na medida do possível atendidas, pois cabe a elas, e não aos profissionais, a elaboração desse luto (SALGADO; POLIDO, 2018).

O cuidado empático nesse momento, como outras situações de perda, é fundamental. Cuidar de mulheres que perderam seus bebês é tarefa delicada, que exige humanização, respeito à individualidade e as escolhas pessoais para lidar com a dor e tristeza. A empatia oferece aos profissionais subsídios para confortar a casal que está vivendo perda tão dolorosa (SALGADO; POLIDO, 2018).

1.3.2 Luto não reconhecido

A vivência do luto é individual e subjetiva, mas também está atrelada à cultura de uma determinada sociedade, que acompanha um conjunto de regras determinando quando o indivíduo deve, ou não, expressar seu pesar. Muitas vezes, a sociedade não aceita a legitimidade da perda e o luto do indivíduo não é reconhecido (DOKA, 1989).

No luto não reconhecido, a dor e o sofrimento é desqualificada pelo outro, ou pela própria pessoa, não permitindo que o processo de luto seja vivenciado. Muitas vezes a sociedade pode colocar a questão de gênero nesse aspecto quando, por exemplo, existe a convenção social de que o homem não pode chorar, reprimindo e impedindo uma expansão de demonstração de sentimentos por parte dele (BRAZ; FRANCO, 2017).

A perda perinatal costuma ser socialmente subestimada e, conseqüentemente, o luto dos pais desvalorizado. É comum associar a dor da perda ao tempo de vida e convivência com a pessoa que morreu, portanto, os pais que não conviveram com o filho não sofreriam tanto com a sua perda. Passa despercebido que durante a gestação, ou até mesmo antes dela ocorrer, já é possível existir o desejo pela criança um grande vínculo com a imagem de um filho, ainda idealizado. A minimização deste tipo de perda leva a diminuição de espaços para os rituais de despedida, independente do tamanho ou peso da criança agravando a dor dos familiares e dificultando o luto, pois sem despedidas, muitas vezes, não há concretização da perda, o que pode prejudicar a sua elaboração (CASELLATO, 2015).

1.3.3 Luto Complicado

A definição do luto complicado pode ser caracterizada por uma desorganização pessoal vivida após alguma perda. Essa desorganização pode a impedir de retornar as suas atividades, antes realizadas com prazer e qualidade (FRANCO, 2010). A presença de sinais e sintomas

podem ser perceptíveis em um indivíduo que passa pelo processo de luto complicado. Podemos exemplificar com: sentimentos intensos e persistentes, mesmo após muito tempo da perda; isolamento social; comportamentos depressivos, auto estima baixa e muitos outros fatores que caminham a autodestruição (WORDEN, 2013).

Braz e Franco (2017) ressaltam a importância dos fatores de risco e proteção nesse tipo de luto, já que na vivência do luto normal a pessoa não é isenta de sentimentos negativos, porém, é um processo saudável e não destrutivo. Ao serem compreendidos a personalidade, cultura, contexto e até a auto percepção do indivíduo sobre o acontecimento, o luto complicado pode se reconhecer com fatores que possibilitem proteção ou, ao contrário, complicação. Lembrando que um mesmo fator pode ser tido como de risco ou de proteção, dependendo das variáveis características de cada ser humano.

Franco (2002) coloca como um fator de proteção importante o processo de rituais de despedida, já que auxiliam no fechamento do ciclo. Braz e Franco (2016) destacam o luto não reconhecido como um fator de risco para o luto complicado.

Para Bromberg (2000) o luto complicado ou patológico podem ser classificados em:

1.3.4 Luto Prolongado ou Crônico

O processo de complicação na vivência luto pode também prolongar os sintomas vivenciados pelos indivíduos que passam pelo momento de perdas, podendo desencadear o luto prolongado, afetando a qualidade de vida e a saúde mental dos indivíduos (BOELEN; PRIGERSON, 2007). O luto prolongado caracteriza-se por sintomas específicos de sentimentos de saudades intensas, o qual gera um imenso anseio pelo que foi perdido, descrença ou dificuldade em aceitar a morte, dormência emocional, choque ou confusão, sensação de que a vida é vazia ou sem significado,

sentimentos de amargura ou revolta, desconfiança em relação aos outros, sentimento de que parte de si também morreu, resultando em dificuldade em continuar com a própria vida, comprometendo a atividade social e/ou ocupacional (PRIGERSON *et al.*, 2009).

Segundo Holland *et al.* (2009) as reações patológicas do luto prolongado se definem principalmente pela severidade dos sintomas, que persistem por seis meses ou mais após a perda do ente querido. Daí se dá o fato de que de acordo com o consenso diagnóstico, tanto o luto complicado, quanto o prolongado não pode ser diagnosticado até os seis primeiros meses após perda. Entretanto é de extrema importância identificar as pessoas que apresentam fatores de risco para esse tipo de luto, podendo desde então promover suporte e tratamentos adequados (MAIN, 2000; FORTE *et al.*, 2004).

A presença de alguns fatores aumenta a probabilidade da ocorrência de um luto prolongado o qual vem acompanhado de mais problemas psicológicos. Pode-se citar alguns deles, como: a morte inesperada, repentina, ou prematura; a morte grotesca ou dolorosa; a morte violenta ou estigmatizante (suicídio, homicídio, morte por HIV); a morte envolvendo múltiplas perdas e a morte de uma criança (SANDERS, 1993).

1.3.5 Luto adiado e Luto inibido

O Luto Adiado tem início apenas meses ou semanas após a perda (OLIVEIRA, 2010) e caracteriza-se quando não há o “contato” com a perda pelo indivíduo que está passando pelo processo de luto. Nesse tipo de complicação não se consegue expressar os sentimentos conforme deveria, procedendo assim à não elaboração do mesmo (PARKES, 1998). Uma das características do luto adiado se dá pela persistência do estado de negação, o qual é considerado como mecanismo de defesa frequente entre os enlutados nos primeiros momentos após a morte. Esse

impedimento do contato com as emoções pode se dar por uma reação automática ou um esforço consciente (DOLL, 2013).

Neste tipo de luto, o enlutado pode ainda por algum tempo apresentar certos sintomas, como o de um luto distorcido representado por superatividade, sintomas da doença da pessoa que foi a óbito ou isolamento. Com o passar do tempo pode apresentar-se deprimido (FRANCO, 2010).

O luto inibido evidencia-se quando a expressão do processo de luto está inibida e seus sinais e sintomas do luto considerado como normal estão ausentes (PARKES, 1998). Esse tipo de luto é muito semelhante ao luto adiado, variando apenas nos graus de diferentes de sucesso na defesa psíquica (BROMBERG, 2000).

Recentes estudos científicos questionam se o luto “adiado” ou “inibido” deve ser considerado um luto complicado, ou uma capacidade de resiliência do indivíduo (MACHADO; MENEZES, 2018)

1.3.6 Fatores de risco e proteção durante a perda perinatal

O levantamento dos fatores de risco e proteção é de extrema importância para a prevenção do luto complicado, onde pode-se proporcionar intervenções precoces, bem como o encaminhamento a serviços especializados, planejamento e desenvolvimento de ações preventivas (SOUZA; MOURA; PEDROSO, 2010).

Ressaltamos que estes fatores não isentam e não impossibilitam o indivíduo de viver e sentir a morte de um ente querido, porém podem auxiliar no sentido de tornar essa vivência um processo razoável e saudável. Ressalta-se que os fatores de risco e proteção devem estar ornamentados e abrangidos a partir do contexto que o indivíduo têm para si mesmo sobre tal acontecimento. Logo, eles podem variar, ou seja, um mesmo fator pode ser considerado de risco ou de proteção. Além disso, mesmo que seja identificado um fator de risco ou proteção não significa

que ele necessariamente vai ter efeito no processo de luto, e sim que há uma possibilidade de ser protetor ou complicador (WORDWN, 2003).

O luto perinatal por si só já é um fator de risco para o desenvolvimento de um luto complicado (CASELATTO, 2002), pois não existe uma idade menos traumática para a morte de um filho e estudos da área apontam que sentimentos como frustração, decepção, revolta, tristeza, culpa e choro são comuns aos pais e familiares (SANTOS; ROSENBURG; BURALLI, 2004).

Podem ser classificados como fatores de risco para um luto complicado no óbito perinatal: O ciclo vital: pois o óbito se refere a uma criança (FRANCO, 2002); Tipo de morte: quando a morte é repentina (BROMBERG, 2000; FRANCO, 2002; PARKES, 1998); A não localização do corpo: quando não há a possibilidade de realizar rituais que gostaria; isso dificulta a aceitação da morte do ente querido (BRAZ; FRANCO, 2017); História de vida: quando a mãe enlutada tem na sua história de vida perdas múltiplas e sucessivas (BROMBERG, 2000; WORDEN, 1998); Luto não reconhecido ou não franqueado pelo enlutado e pela sociedade: quando não há valorização da própria dor ou da dor do outro, havendo uma quebra de empatia, isso não permite que a pessoa viva o seu processo de luto. Quando o enlutado é quem não reconhece o seu luto, ele está se defendendo disso. A questão de gênero também entra nesse aspecto quando, por exemplo, existe a convenção social de que o homem não pode chorar, o que impede uma maior expressão de sentimentos por parte dele (BRAZ; FRANCO, 2017).

Podem ser classificados como fatores de proteção durante o óbito perinatal: Apego seguro: quando as pessoas enlutadas que demonstram maior organização e capacidade para integrar as (novas) informações; tendem a ativar a resiliência (BRAZ; FRANCO, 2017); Tipo de apoio: quando este é adequado, necessário, suficiente, proveniente de comunicação satisfatória, onde configura-se como um apoio saudável e continente (FRANCO, 2002); Realização de rituais: importante para o

processo de separação e despedida; auxilia no fechamento do ciclo (FRANCO, 2002); Luto reconhecido pelo enlutado e pela sociedade: quando valoriza-se a própria dor e a dor do outro, de forma empática, permitindo que a pessoa viva o processo de luto, ora orientada pela perda, ora para a reparação (STROEBE; SCHUT, 1999); A manutenção de um vínculo saudável sem necessariamente haver um rompimento definitivo (KLASS; WALTER, 2001) e a prática da resiliência: não só como uma expressão de ação após a morte de um ente querido, mas antes disso (BRAZ; FRANCO, 2017).

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um material instrutivo, em formato de cartilha, que auxilie profissionais de saúde na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a experiência da equipe de enfermagem na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade.
- Elencar, a partir das experiências relatadas, e da revisão da literatura, os temas relevantes a serem abordados no material educativo.
- Compor a cartilha.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 Características do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, para construção de uma tecnologia educativa, estratégia de pesquisa com foco no desenvolvimento de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na maternidade do Hospital das Clínicas de Botucatu (HCB), o qual é referência regional para gestação de alto risco. O município de Botucatu situa-se na região centro-sul paulista e tem população aproximada de 128 mil habitantes. Para atendimento pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS); dez Unidades de Saúde da Família (USF), com quatorze equipes e três Policlínicas. O atendimento ao parto SUS é realizado no HCB, Hospital-Escola, referência nas áreas obstétrica e neonatal, em especial para os 68 municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde VI – Bauru. Na área de saúde suplementar, o cuidado é realizado em um hospital privado.

3.3 Etapas do estudo

A metodologia científica é fundamental para garantir a qualidade dos materiais instrutivos. O estudo adotou as etapas propostas por Echer (2005) de forma modificada. De acordo com a autora, o processo de construção de materiais instrutivos envolve as seguintes etapas: submissão do projeto ao comitê de ética, levantamento bibliográfico, elaboração do material educativo e validação do material por especialista no assunto.

Entretanto, para uma abordagem mais ampla, foi inserida uma etapa de levantamento de vivências e demandas da população alvo, por meio de estudo qualitativo, anterior a etapa de revisão bibliográfica. A etapa de validação do material será realizado em estudo posterior.

3.3.1 Aspectos éticos

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer número: 2.424.538 (ANEXO A) e anuência do Hospital das Clínicas (HC).

3.3.2 Levantamento de vivências e demandas

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, utilizando-se de entrevistas individuais que tiveram como pergunta norteadora: “Como é cuidar de uma paciente na maternidade que sofreu um aborto ou uma perda Perinatal¹?”. O foco principal da entrevista foi a compreensão das vivências dos profissionais na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade.

Enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam no HC foram convidadas pelas pesquisadoras de forma individual, quando foram informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Após a leitura, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A) as profissionais respondiam um questionário sociodemográfico (apêndice B) seguido da entrevista, que aconteciam em sala reservada, dentro da maternidade do HC. Todas as entrevistas foram áudio gravadas e tiveram a duração média de 40 minutos. Foi assegurada a todas as profissionais total liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer consequências para seu trabalho, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O anonimato das profissionais foi garantido e elas foram identificadas aleatoriamente, atribuindo-se as letras “T” e “E” seguida de números. As gravações ficaram guardadas sob

a responsabilidade das pesquisadoras e foram destruídas após a transcrição, sendo assegurada a preservação das identidades sob quaisquer circunstâncias.

Como a entrevista previu retomar experiências pessoais relativas ao atendimento em situação de morte perinatal e luto materno, estas puderiam remeter as profissionais a possíveis situações vividas como dolorosas e angustiantes. Portanto, as pesquisadoras estiveram atentas para a eventual necessidade de acolhimento dessas profissionais.

O número de sujeitos foi determinado pelo critério de saturação da informação e a amostra foi encerrada após 19 entrevistas: dez (10) técnicas de enfermagem e nove (9) enfermeiras.

¹ O termo perinatal é utilizado para referir-se a tudo que ocorre no momento anterior e posterior do nascimento do bebê, desde a 28ª semana de gestação até os primeiros dias depois do parto.

Foram considerados critérios de inclusão: estar prestando cuidados diretos à mulher na maternidade do HC há pelo menos um ano dentro da equipe de enfermagem. Os critérios de exclusão foram: afastamento por doença, licença prêmio e/ou férias.

O material obtido nas entrevistas foi trabalhado sob a perspectiva da análise de conteúdo sistematizada por Bardin (2009). Após a transcrição das entrevistas foi iniciada a fase de pré-análise, onde se empregou repetidas leituras dos discursos, permitindo o contato e o conhecimento com o material a ser analisado. Seguiu-se a etapa de categorização dos elementos do discurso, que é o trabalho de classificação, por diferenciação, de elementos que compõem um conjunto, reagrupados posteriormente por suas semelhanças, resultando em categorias com características em comum (BARDIN, 2009).

Para compreensão e interpretação dos dados, o presente estudo adotou como referencial a teoria psicodinâmica, visto que ela pode

contribuir significativamente para entendimento dos conflitos vivenciados em situações de perda e luto; além da literatura nacional e internacional que discute perda perinatal e luto materno. Os resultados do estudo qualitativo subsidiaram os conteúdos abordados no material educativo contruído.

3.3.3 Levantamento bibliográfico

Esta etapa consistiu em buscar na literatura especializada o conhecimento científico existente sobre a abordagem do profissional de saúde a pacientes e familiares em situação de luto, mais especificamente no luto perinatal. O resultado do levantamento bibliográfico foi sistematizado para garantir fundamentação científica ao conteúdo utilizado no material educativo. A busca foi realizada no período de julho de 2018 à setembro de 2018, foram utilizados artigos disponíveis em modelo de publicação eletrônica indexadas nas principais bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na coleção principal da Web of Science (Thomson Reuters). Sendo utilizado nesse levantamento as palavras chaves: Equipe de saúde; Luto; Maternidade, integradas nos trabalhos em versões inglês e português, foi ainda empregado entre as palavras chaves “AND” como operador. No total, foram encontrados 22 estudos por meio da integração das palavras chaves. A partir na análise crítica de seus resumos, considerando responder à questão norteadora estabelecida, 14 estudos foram posteriormente analisados mediante a leitura dos textos na íntegra.

3.3.4 Elaboração do material educativo

3.3.4.1 A sistematização do conteúdo

O conteúdo da cartilha deu-se a partir dos resultados derivados da

etapa qualitativa, com o levantamento de vivências e demandas do público alvo, e da revisão da literatura que garantiu a fundamentação científica, condição essencial para preservar a segurança do leitor e definir apropriadamente os conceitos constantes em um material educativo (ECHER, 2005). A cartilha foi intitulada “Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem” abordando em seu conteúdo ações para ajudar os profissionais de saúde que trabalham na maternidade a lidar com situações de óbito perinatal, auxiliando mães e seus familiares em luto.

3.3.4.2 A seleção e elaboração das ilustrações

Considerou-se a necessidade de incluir algumas ilustrações na cartilha, com o objetivo de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão (ECHER, 2005).

3.3.4.3 A composição da cartilha

O conteúdo incluído no material educativo foi selecionado pelas pesquisadoras dando prioridade às informações mais relevantes. Buscou-se a construção de textos sucintos, que facilitassem a leitura e a compreensão das informações para o leitor (DOACK; DOACK; ROOT, 1996). O trabalho de editoração da cartilha foi realizado por um profissional do Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde (NEAD), que tem a missão de estimular e desenvolver ações para produção de conhecimento e para subsídio ao uso de tecnologias da informação, com o objetivo de incrementar o ensino, a pesquisa e a extensão na Faculdade de Medicina – UNESP – Campus de Botucatu e comunidades relacionadas.

3.3.4.4 Os critérios editoriais utilizados

Os critérios adotados na editoração da cartilha visaram garantir o interesse e a leitura pelo público alvo. Para isso, optou-se por textos concisos em informações e de linguagem simples e compreensível, para facilitar a leitura e compreensão das informações. Os conteúdos foram divididos em seções por assunto, sinalizadas na forma de índice logo nas primeiras páginas da cartilha, permitindo situar previamente o leitor em relação ao conteúdo do material.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

O presente capítulo divide-se em três partes: a primeira apresenta os resultados do levantamento das vivências e demandas da equipe de enfermagem, por meio de estudo qualitativo; a segunda parte mostra o resultado da revisão da literatura, proposto para a confecção da cartilha e a última apresenta o material educativo, no formato de cartilha.

4.1 A EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM E NO CUIDADO DE MÃES, PAIS E FAMILIARES APÓS PERDA GESTACIONAL OU NEONATAL NA MATERNIDADE

4.1.1 Características gerais das participantes

O Quadro 1 apresenta os dados sócio demográficos referentes a idade, estado civil, religião, escolaridade, cargo e tempo de trabalho.

Participaram do estudo qualitativo 19 profissionais da equipe de enfermagem da Maternidade do HC, divididas em 10 técnicas em enfermagem e 9 enfermeiras. A idade das participantes variou entre 25 e 54 anos, a maioria estava casada (74%), era católica (68%) e tinha um ou mais filhos (63%).

Entre as enfermeiras, todas possuíam alguma pós-graduação e o tempo de trabalho na maternidade variou bastante, de 4 a 22 anos de experiência. Já entre as técnicas de enfermagem, apenas uma possuía escolaridade superior ao ensino médio e o tempo de experiência profissional na maternidade também variou, entre 4 e 32 anos.

Quadro 1: Características sociodemográficas das participantes do estudo. Botucatu, 2018.

	Estado Civil	Idade	Religião	Filhos	Escolaridade	Cargo Atual	Tempo de Trabalho na Maternidade
E1	Casada	33	Católica	1	Pós-Graduação	Enfermeira	5 anos
E2	Casada	38	Católica	1	Pós-Graduação	Enfermeira	5 anos
E3	Casada	34	Católica	2	Pós-Graduação	Enfermeira	4 anos
E4	Casada	38	Católica	2	Pós-Graduação	Enfermeira	6 anos
E5	Solteira	45	Católica	0	Pós-Graduação	Enfermeira	16 anos
E6	Casada	26	Católica	0	Pós-Graduação	Enfermeira	4 anos
E7	Solteira	39	Católica	0	Pós-Graduação	Enfermeira	6 anos
E8	Casada	31	Católica	0	Pós-Graduação	Enfermeira	5 anos
E9	Casada	40	Católica	2	Pós-Graduação	Enfermeira	22 anos
T1	Casada	37	Católica	2	Ensino Médio	Técnica	10 anos
T2	Casada	34	Católica	1	Ensino Médio	Técnica	5 anos
T3	Divorciada	50	-	3	Ensino Médio	Técnica	4 anos
T4	Casada	54	Test. Jeová	3	Ensino Médio	Técnica	5 anos
T5	Casada	35	Evangélica	2	Ensino Médio	Técnica	7 anos
T6	Casada	35	Católica	2	Ensino Médio	Técnica	10 anos
T7	Solteira	36	Espírita	0	Ensino Médio	Técnica	6 anos
T8	Casada	35	Católica	2	Ensino Médio	Técnica	2 anos
T9	Casada	51	Evangélica	0	Pós-Graduação	Técnica	32 anos
T10	Solteira	25	Espírita	0	Ensino Médio	Técnica	6 anos

4.1.2 As categorias descritivas da representação da experiência e seus componentes

A partir da análise dos conteúdos das entrevistas, emergiram cinco categorias apresentadas a seguir, que serão discutidas com a literatura em momento posterior.

4.1.2.1 Adequando regras e rotinas

Os relatos das integrantes da equipe de enfermagem revelam a percepção da existência de diferentes desejos e necessidades da mãe que vive o luto na maternidade. A maior parte da equipe enfatiza a importância de respeitar e entender essa individualidade, oferecendo cuidado particularizado na tentativa de proteger mãe e familiares de mais sofrimento.

Muitas vezes, oferecer esse cuidado exige que rotinas e regras institucionais sejam flexibilizadas, como é o caso da internação e das visitas na enfermaria.

Protegê-las da convivência com mulheres que estão internadas com seus bebês, é uma das formas encontradas pela equipe para evitar mais dor para a mãe enlutada.

[...] muitas vezes elas pedem para não deixar ela junto com outros bebê, sempre as maiores preocupações desses óbitos são essas, “não me deixa perto”, o pouco do choro que ela escuta, ela fica mais em pânico. (E6)

[...] então a gente tem que manter essa paciente isolada, a gente sempre fez isso aqui na maternidade, não teve problema, a gente sempre separou [...] a gente dá prioridade mesmo, e os médicos também já incorporaram isso, então a gente nem tem essa de eles virem falar pra gente, ir falando “não, vai internar naquele leito”, porque a gente que na verdade, que a gente conduz o leito aqui. (E7)

A gente nunca coloca essa mãe junto com nenezinho que acabou de ter bebê, por quê? Uma acabou de perder e uma acabou de ganhar, então assim, na medida do possível a gente tenta não colocar junto, por quê? eu sei que essa mãe vai chorar o resto da vida e ela nunca vai esquecer, mas

se eu puder dar uma melhor atenção para ela, e... É complicado ela falar assim “ela não vai ouvir choro”, ela vai ouvir porque ela está na maternidade, mas ali naquele momento, de preferência não deixo ela perto de bebê. (E9)

É... é que na verdade é complicado pra mãe quando ela tem o bebê e fica no quart, como eu acabei de falar, daí ela vai escutar a outra mãe do bebê, isso não é legal. Então a gente procura não deixar, procura não falar de outro bebê, procura vigiar nisso, ter um atenção maior, procura a enfermaria a não deixar a mãe que teve o bebê com a mãe que perdeu o filho juntos. Tudo na privacidade, tudo na privacidade mesmo. (T9)

A presença de acompanhante e outros familiares, em geral, restrita somente ao pai da criança, também foi apontada como algo que deve caminhar conforme a escolha e necessidade da paciente. Assim, em situações de perda perinatal, a equipe de enfermagem mostrou grande flexibilidade em relação às regras do serviço para atender as demandas afetivas da mãe.

A gente tenta fazer o que ela acha melhor... Se ela acha melhor ter mais visitas, a gente libera mais visitas, se ela quer ficar com mais gente no quarto, de acompanhante, fica... a gente faz do jeito que ela quer. A gente conversa com ela assim: Você (paciente) não quer que venha ninguém? É só falar que a gente barra a entrad. Daí a gente faz mais a forma que ela quer mesmo. (E1)

Eu deixo todo mundo ficar, sim, pra visitar, porque às vezes eu falo assi (porque querendo ou não existem muito curiosos também), então assim, eu falo: “você seleciona quem você quer que venha”, porque as vezes assim, tem gente que vem só pra curiosidade, tem gente que vem pra dar conforto, tem gente que vem pra falar que isso é pouco, do mesmo jeito que tem o bondoso, tem o maldoso, então você fala “você fica a vontade pra decidir quem vem. (E5)

[...] deixar a família, a gente deixa, autoriza a família quer ficar com 1 ou 2 ou 3 pessoas no quarto, não tem problema. Vem pessoa de fora quer ver, pode ficar, não tem problema, a gente dá o apoio, a gente fala pra mãe que a vontade é dela, que a gente tem na verdade uma rotina pra ser seguida de tudo, mas que a mãe pode mudar essa rotina, a nossa rotina a gente faz porque a gente acha que é o melhor, mas tem casos que a mãe vai completamente num ando diferente, e nem por isso a gente vai deixar de oferecer, certo? (E7)

A família estar perto principalmente (ajuda no luto), principalmente, tipo marido, ou se for... depende do que ela quer. Que nem na cesárea hoje ela queria que o marido fosse junto, tem algumas que nessa hora ela não quer ninguém, ou quer só a mãe, até em parto, assim, que não seja óbito, ela escolhe o que ela quer naquela hora. (T7)

4.1.2.2 Conhecer e se despedir do bebê

Tanto enfermeiras, quanto técnicas enfatizaram a crença na importância de que a mãe veja e se despeça de seu bebê. A grande maioria acredita que a vivência desse momento é importante para a aceitação da perda e elaboração adequada do luto.

“Pro luto mesmo, dela (é importante ver o bebê), é uma forma dela aceitar... não aceitar, mas, sei lá, ver com os próprios olhos. Porque ela vai lá, tem o parto e não ver o corpo eu acho que fica... é que nem em velório mesmo, que a gente vai, como que você vai... né, assimilar aquilo, tem que ver sim.”(T7)

“Eu acho importante que ela sinta, que ela veja (o bebê) porque aquilo vai refletir lá na frente: “Eu sei que meu filho faleceu, eu sei que o meu filho se foi, eu vi”. Porque, por exemplo, se a mãe vai pro quarto, perde o bebê, não vê, não sente, não tem aquele fato do luto, como é que ela vai ficar depois? “Porque que eu não vi. Meu Deus agora eu não sei, como é que era?” Sabe, então ela vai ficar com aquilo o resto da vida na cabeça dela, ela tem que vivenciar o luto sim.” (T8)

“Sim (é importante ver o bebê), pra aí ela já ir idealizando, porque senão ela fala “mas eu não vi nada do que aconteceu, não vi”, porque daí ela fala “será que não estava vivo?”passa mil coisas na cabeça dela, para ela ir fazendo o enlutamento já, acho importante ela ver.” (E9)

Convictas da importância das mães verem e se despedirem do seu bebê, as profissionais relataram a necessidade questioná-las sobre esse encontro, respeitando decisões, porém tomando o cuidado de tomar uma postura expectante, quando a mãe se recusa a ver o filho.

Tem pessoas que quando acontece isso eles não querem ver, a gente respeita, e é o que eu falo para as meninas “aconteceu a noite, deixa o bebê aqui, vai que a mãe muda de ideia” [...] então a gente dá o tempo da mãe [...] já é rotina nossa, mesmo que a mãe não queira ver naquele

momento, a gente deixa lá um pouco pra ver se a mãe muda de ideia ou não [...]. A gente não pode obrigar, isso não pode gerar uma coisa ruim nela, nunca. Tem família que as vezes tira foto pra mostrar depois. (E7)

[...] se ela não quer, a gente até insiste um pouco pra ela querer ver. Insiste assim, né, a gente dá mais oportunidades, a gente deixa o bebê mais tempo aqui, depois que sai daqui ela não vai poder ver [...] se ela tá negando, não quer, não quer, não quer, a gente deixa mais tempo e vai perguntando ao longo do dia, se ela tem certeza, se ela quer que os familiares vejam, né, daí a gente libera quem ela quiser [...] daí o tempo que ela quiser. (E1)

“Então, tem muitas mães que não querem ver o bebê, não quer ver o feto, acho que “ah não, não quero..depois...” [...] então assim, é uma coisa assim que a gente tenta falar: “Olha, você não quer ver o seu bebê, espera um pouquinho...”. Porque às vezes elas ficam muito nervosa, depois da anestesia dá um frio, cada um tem uma reação e a gente tenta mostrar, eu pelo menos falo: “Olha, vê seu bebê!”[...] Então assim, antes de tomar qualquer iniciativa de mandar, ou se for mandar pra autópsia, que eles mandam, ou colocar no formol quando é um feto muito pequeno, assim, eu sempre incentivo, é uma coisa que eu acho assim, que alguma aceitam, outras não resolviam não ver mesmo, aí eu respeito também. Eu respeito, porque aí foi uma decisão dela [...] E aí elas esperavam um pouquinho, e aí daqui um pouco “tem como você trazer pra mim ver?”. (T5)

A importância dada pela equipe à essa vivência de despedida também é percebida em relatos que demonstram que, muitas vezes, é necessário ir além da rotina de enfermagem e até mesmo quebrar protocolos para garantir o cuidado julgado adequado.

“[...] porque ela (mãe) foi pra UTI, então ela não conseguiu ver (o bebê), então [...] a gente brigou e foi atrás, teve que quebrar o protocolo. [...] Ela (mãe) foi pra UTI, ela não estava em condições, tal e ela tinha que ver essa criança. Então daí a gente conseguiu, a gente foi lá (patologia), buscou, arrumou o bebê, trouxe... acredito que foi muito bom pra ela, ela ficou o tempo dela também, da mesma forma [...] Sempre tem um jeito, né? O bebê estava aí, não foi enterrado, foi pedido pra não ter enterro, pra aguardar [...] pra ela foi importante.”(E1)

“Uma vez que teve um caso de óbito fetal a mãe foi pra UTI e ela não viu o filho dela, aí eu falei pro familiar: “Tira uma foto....tira foto, né, de roupinha, do jeito que vocês quiserem pra mostrar pra ela.” Aí o tio falou: “Não, pelo amor de Deus, não vai tirar foto”, aí eu falei: “Tira porque é

importante, porque na hora que ela sair de lá, ela vai querer saber", e depois que ela saiu a mãe dela veio me falar: "Olha, ainda bem que você falou, porque a primeira coisa que ela quis saber foi do filho e ela quis ver a foto e a gente fez certo", ai eu falei assim: "Ah, então, eu acho que é ai o caminho, né?" Então, porque a gente não pulou uma parte, porque a gente pensou: "ela não viu nada, ela não viu a cesárea, ela não viu nada, ela não viu o bebê, não viu nada e simplesmente sumiu." (E4)

Os relatos enfatizaram também ser imprescindível o respeito à vontade das mães de escolherem como e quando se dará esse encontro.

[...] então primeiro, a gente conversa...antes dela ter o bebê (parto) a gente conversa com ela: você quer ver logo que nascer? [...] A maioria delas prefere que a gente leve o bebê, ela não quer ver na hora que nasce [...] a gente deixa ela a vontade (E1)

[...] Então a gente recepciona e pergunta pra mãe se ela já quer ver, ou ela quer ver depois que terminar a cesárea, geralmente elas querem ver depois, então a gente vai, a gente leva, a gente prepara [...] Deixa, assim por exemplo, ver o momento dela, não julgar assim " ah ela não quis ver", cada pessoa é uma diferente da outra, então às vezes uma quer ver e a outra não quer, às vezes ela não quer ver aquela hora, às vezes passa a cinco minutos e ela quer ver, entendeu, ela quer, então a gente tem que achar o momento dela[...] Às vezes tem caso assim, a pessoa está sozinha na hora "não quero ver, mas quero esperar o meu marido chegar, para mim ver junto", sabe ela tem aquela dor mas ela quer, que alguém da família esteja junto para ver, a gente tem que respeitar. (T2)

Não estipular tempo para essa despedida foi uma conduta muito valorizada no cuidado. A mãe é deixada a vontade para vivenciar aquele momento de luto e isso parece ser bastante respeitado pela equipe.

[...] quando eu levo pra mãe e entrego no colo da mãe eu falo sempre a mesma coisa, eu falo assim "olha, você pode ficar com o bebê o tempo que você quiser, quando você não quiser mais ficar você toca a campainha eu venho buscar [...] Esses dias eu deixei duas horas a mãe com o bebezinho... que ia nascer já, era perfeitinho, daí ela ficou... vestia, colocando roupinha tudo, a nenê nem parecia que estava morta, daí a mãe foi me chamar "vai lá buscar", fazia duas horas que estava com a nenê, a gente deixa quanto ela quiser. (E2)

Além da preocupação com que a despedida das mães aconteça, a

equipe relatou preocupação em cuidar para que esse momento seja respeitoso, destacando que o papel da enfermagem nessa hora necessita de delicadeza.

“Eu acho (importante ver o bebê). [...] Tem algumas que falam assim: “eu não quero ver”, eu falo “eu não vou te trazer como está, eu vou arrumar”, eu vou lá, eu arrumo, eu deixo bonitinho, assim, eu procuro fazer o melhor assim, que eu posso, pra mostrar pra ela. Assim, coloco uma roupinha, se ela fala: “a roupinha que não sei quem deu, você pode pôr?”, “posso, ponho, visto”, nem que tenha que tirar depois, trago aqui, ela vê, depois assim, porque a funerária não quer que deixe com roupa, então a gente tira pra encaminhar.” (E5)

[...] então primeiro, a gente conversa...antes dela ter o bebê a gente conversa com ela: você quer ver logo que nascer? Ou quer que a gente leve o bebê e arrume ele, coloque a roupinha que você quer e depois traga? A maioria delas prefere que a gente leve o bebê, ela não quer ver na hora que nascer, se é acéfalo, principalmente, daí se ela quer ver já no quarto, a gente já deixa a toquinha do lado, a gente já põe toquinha e tudo pra não chocar muito, né, e a gente dela deixa ela a vontade se ela quiser tirar tudo o que ela quiser, então daí a gente conversa isso antes, se ela quer ver ou se ela quer mandar que a gente arrume bebê, posicione ele, normalmente daí a gente leva, daí a gente limpa, prepara, põe roupinha, tudo, e fica a critério dela também. (E1)

[...]a gente limpava (bebê), uma coisa bem importante, limpar, colocar num pacotinho, e tratar como se fosse... Um bebê vivo. E aí eu levava pra ela pra deixar o tempo que ela quiser, se ela quiser chorar ela chora, se ela quiser trazer um familiar pra ver, é dela, aconteceu mas é dela, e isso eu achei que assim, é importante, é importante.” (T5)

Muitos relatos demonstram que a crença na importância da mãe ver seu bebê é muito mais apoiada em aspectos subjetivos, experiências pessoais e profissionais, do que embasada em orientações ou teorias.

“Eu acho muito importante ela ver o bebê. Eu acho. Eu acho porque pensa, imagina, ela não vai... ela tem que ver, eu acho, se ela não quiser todo mundo tem que respeitar, mas eu acho que deve ver sim, pra ela saber, pra ela resolver no interior dela aquilo tudo, pra depois ela ter... porque ela pode se arrepender depois “porque que eu não vi, nem sei como que é”. Não sei porque eu nunca passei por isso [...] mas se fosse comigo, eu acho que se eu não visse na hora depois eu ia ficar imaginando, sonhando, sei lá, não sei, mas eu acho que é importante.”

(T4)

"[...] porque você pode falar assim: "Não! Roubaram o meu bebe! Trocaram meu bebe!". E eu acredito que possa uma mãe, assim, né, porque a cabeça fica totalmente... Eu sempre... Eu falo isso falo isso pra elas: A gente não sabe o dia de amanhã, a cabeçada gente é uma maquininha, né, mesmo a gente não querendo, a gente tem essa parte, né, da aceitação ou não aceitação das coisas, né, ai eu trabalho assim, não sei. [...] E também teve um outro caso com uma funcionária, que a mãe veio e falou assim pra ela: "Você viu meu bebê?" [...] Ela falou assim: "Eu vi"; "Não, mas como que era?", começou a perguntar meio que duvidando já, né, então vai saber o que a pessoa cria."(E4)

"Acho que ela (a mãe) tem que passar por aquele luto, se ela não passar por aquele luto, assim, todo mundo que não passa por luto fica assim, chorando um monte de tempo; eu vi isso de uma amiga [...] Ela não quis ver e ninguém falou assim "não, deixa, deixa, não tem problema", então assim, passou o tempo e ela ainda chorava, daí depois de uns dois meses ela queria ter visto, ela falou assim, um dia [...] "você tirou foto?", falei "não", "ninguém tirou?", eu não trabalhava aqui, eu trabalhava em outro lugar "não, acho que não, porque?", ela falou assim "porque eu queria ver" [...] daí ela falou "eu deveria ter visto". (E5)

4.1.2.3 Situações mais difíceis

O trabalho de parto e parto, que é acompanhado pela enfermagem, foi apontado como uma etapa difícil de ser enfrentada, principalmente por presenciarem o contato da mãe com o filho, que é ao mesmo tempo de encontro e despedida.

[...] quando eu levo pra mãe e entrego no colo da mãe eu falo sempre a mesma coisa, eu falo assim "olha, você pode ficar com o bebê o tempo que você quiser [...] só que eu saio porque se eu ficar cinco minutos a mãe sempre vai conversar com o bebê: "Ah filho porquê?" Aí... eu já saio chorando muitas vezes [...] (E2)

[...] quando ela tem o bebê é a parte mais difícil, acho que tanto para a mãe quanto para a gente também [...] porque aí ela vai ter o contato com o bebê, eu acho que é o momento mais complicado, mais difícil [...] porque é o momento dela com bebê. Eu acho que mesmo ela sabendo o que vai acontecer ela tem uma esperança ainda [...] eu acho que é ali que a mãe toma um choque de realidade, "aquilo aconteceu mesmo, o bebê

está aqui e tá morto, tem um óbito, tem um corpo aqui". Então acho que é um momento que fica mais difícil para mãe, e para a gente também. Porque a gente está ali do lado, a dor é da mãe, mas também é da gente, a gente está entregando. Não tem como. (T2)

Eu acho mais difícil no momento quando é um bebê que nasceu e a gente tem que entregar o bebê pra ela, pra ela entender, sentir o luto dela. A hora de retirar esse bebê, eu acho que é a pior parte... você fica constrangida de tirar porque é o bebê dela! E assim, fica triste e ao mesmo tempo, tem que manter a postura profissional, tem que ter um pouco de frieza até, não pode deixar transparecer... e ter que levar o bebê e deixar aquela mãe ali, essa é a pior parte.(T8)

[...] quando chama pra buscar ou quando você tem que buscar é sempre a mesma coisa, elas não querem dar, elas não querem se separar, sabe, então eu fico imaginando, se fosse meu filho eu também não ia querer dar, então eu acho que é o pior momento, que é o momento que ela sabe que o bebê vai. (T8)

Lidar com as reações da família também foi lembrado como uma das tarefas difíceis da enfermagem em situações de perda perinatal.

E eles (os membros da família) muitas vezes... acontece também de ficar com raiva da equipe médica e de falar que a pessoa não pode nem aparecer perto, um monte de coisa, e você fica...né? entendeu? A gente já teve família aqui que quase arreventaram tudo, tanto que eles pegaram o paciente e levaram embora, sabe, porque não estava entendendo. [...] a gente leva um monte de patadas. Eu na verdade assim, quando acontece de eu perceber que eles não estão acessíveis, eu viro as costas e saio, não fico batendo de frente, eu viro, eles não estão no momento, tudo que eu falar, nem assimilar eles vão, entendeu? Não adianta, eles vão julgar de uma outra forma, e vão entender... eles não vão compreender. (E7)

A equipe de enfermagem tem que lidar com diferentes situações de perdas na maternidade. Perda gestacional precoce, abortamento, perda por malformações fetal, interrupções da gestação e perdas em gestação de termo. As profissionais falaram sobre as particularidades de cada situação. De modo geral, as perdas tardias, ou seja, óbitos que acontecem ao final da gestação, são os mais difíceis de manejar.

Ah, eu acho que o problema maior é quando a gente... quando... quando o paciente é a termo já, né? 40 semanas, aí de repente, aí o bebê vai a óbito, né? Ou, né? Quando nasce e depois morre, eu acho que é isso.

Porque ali já tá ali, né, já pra nascer e de repente, né, descobre que é óbito fetal. Ai eu vejo que é bem difícil. Então pra elas também, porque nós... elas chegam, elas não aceitam, elas não... Sabe? Elas se desesperam, elas choram e... então eu vejo que... eu acho que é uma situação mais difícil assim. (E3)

É (mais difícil a termo) a gente é mãe também... (a mãe) tá pronta pra aquele momento, esperou aquele tempo todo pra chegar ali e o bebê estar morto. Ai ela vai, que nem eu falei pra ela, as vezes é um parto normal, vai passar a dor do parto, e ai ela quer pegar o bebê no colo e o bebê não está vivo, tá morto. Então ela esperou todo tempo, todo esse tempo... é complicado. Eu acho bem difícil essa parte. (T2)

É mais difícil (óbito a termo). Elas são mais difíceis, sempre mais, porque eu acho que carregou toda a gestação, o explicar que não deu certo. Não tem mais vida. E tem aquelas que mesmo internando, não escutou o coração no ultrassom a fé delas é tão grande que elas acreditam que o bebê vai nascer vivo. É difícil você falar pra ela “não vai”, deixa ela com a crença dela, a gente não sabe o que pode acontecer. (E6)

[...] ela planejou a gestação todo esse período de 8 ou 7 meses, muitas vezes até 6 meses, então ela planejou todo esse tempo, essa gestação, ela comprou coisas, ela colocou mudanças na casa dela, na vida dela, ela se planejou inteira, então assim, todo esse planejamento acabou, se encerra ali, e como que ela volta pra casa? como ela retorna? como ela vai enxergar isso depois, muitas vezes o filho que ela tem pequeno pergunta “cadê?”, então ela se preocupa até com isso, e nós, muitas vezes vendo todo esse sofrimento ficamos mais chocados em ver, em conseguir absorver isso também, porque as vezes elas se apegam em nós. (E6)

Por outro lado, a perda precoce também foi lembrada e valorizada por E5, como uma dor legítima e sem diferença da dor de outras perdas gestacionais.

Porque quem espera, quer dizer, pra ela que perdeu de dois meses “ah perdeu de dois meses”... Mas pra ela (gestante) era uma gravidez desejada. Assim, quando começa sangrar a gente percebe que elas choram, desespera: “estou sangrando!” Então assim, ela sabe que aquilo é uma perda. E você vê a paciente, assim, eu não acho que haja diferença na dor daquela que perde... tem gente que fala “ah ela perdeu de dois meses”, eu acho que a dor é igual, tá perdendo.”(E5)

Interessante destacar a fala de uma enfermeira que expõe a

dificuldade de participar do cuidado em processos de interrupção da gestação por, pessoalmente, não aceitar essas decisões.

[...] eu não aceito a interrupção (da gestação), e aí você ter que participar do processo, daí é difícil [...] Eles (equipe) conversam, mas só que eles não (minha visão né), não põe muito bem os dois lados, né? [...] Eu acho que pensa muito no lado da lei sabe? Parece que é errado falar que ela pode ter a criança.[...] Eu acho, acho que não tem o aconselhamento do lado oposto, isso que eu percebo. Tem o aconselhamento: “Ah, você tem direito, você pode interromper”. Então dessa parte eu não gosto de participar não [...] quando é da mãe, o risco é da mãe, eu não, não vou falar nada, porque não....mas nesses casos judiciais eu já não concordo. (E1)

Uma das enfermeiras destacou o que o cuidado pode ficar ainda mais difícil quando a própria profissional de enfermagem está grávida. Ela relembra sua vivência, onde precisou da ajuda de outra colega para executar sua tarefa.

[...] a gente quanto gestante... falar que você não vai se envolver é mentira, mas assim, se envolver muito, você fica louca, você tem que tentar separar um pouco e não se envolver tanto, porque a gente se apega né? Não tem jeito! [...] eu sempre preparei o corpinho do bebê [...] eu sempre fiz isso, mas quando gestante, eu falei: “Não, eu não vou fazer”. Porque é duro né, você se envolve. Então, quando acontecia de algum bebezinho morrer que era bebezinho de termo, pequenininho [...] eu pedia para uma das técnicas arrumar o bebezinho para mim [...] porque daí, vamos supor, eu estava de 24 a 30... “de quantas semanas esse bebê morreu?”, “ah, tava de 30”, aí eu começo a pensar “meu Deus, meu Deus, meu Deus.” (E9)

4.1.2.4 Lidando com os próprios sentimentos

O atendimento à mulher que vivencia a perda do bebê abala a maioria dos profissionais de enfermagem, e isso pode interferir, inclusive, no cuidado prestado a esta mulher. Sentimentos diversos foram evidenciados, assim como diferentes maneiras para lidar com a situação. Uma das estratégias relatadas para lidar com situações de tanta dor é separar as vivências do trabalho da vida pessoal tentando não se

envolver tanto, para não se identificar com a paciente e sua dor. O tempo de trabalho na área surge como um fator que promove tais estratégias.

Eu acho que assim, cabe a gente também separar as coisas, [...] eu não posso passar isso daqui pra minha família, entendeu, tem que dar uma separada [...] porque senão você acaba levando pra sua casa uma coisa que... [...] você tem que pôr na sua cabeça “É o meu trabalho, [...] amanhã é um novo dia e pode acontecer de novo, de novo, de novo!” Então é algo assim, que a gente tem que ir lidando. (T2)

No começo foi difícil, mas agora já... não me envolvo muito, não deixo. [...] Antes eu saía daqui e ficava pensando, hoje não, eu saio e esqueço que existe isso aqui. [...] É, porque, né, ficar ali à noite pensando... não. Saiu acabou. (T3)

Tem uma parte difícil, que se você entrar na dor da pessoa isso abala, mas como eu trabalho aqui no hospital há muitos anos eu acho que a gente cria um mecanismo defesa [...] então eu acho que ao longo do tempo eu criei um mecanismo de defesa que eu não penso muito, tento não entrar na dor, não me colocar no lugar, [...] porque se eu imaginar, tipo: “Poderia ser meu filho... o sofrimento daquela mãe!” Assim [...] eu não posso entrar nador da pessoa, porque senão eu fico doida, eu imagino isso, [...] então assim, eu acho que eu consigo trabalhar bem com isso desse jeito. (E2)

A crença religiosa foi apontada por uma profissional como um facilitador da tarefa.

[...] como eu sou espírita eu tenho uma visão que tudo tem um porque, eu tenho uma visão diferente de algumas pessoas que às vezes se desespera, chora, eu me sensibilizo, eu não vou falar que eu não fico sensibilizada pela situação, mas assim, eu tento... não pegar pra mim, entre aspas, tipo, eu sinto mas eu não levo pra minha casa, não fico lá matutando.

Em alguns discursos, fica claro um certo conflito sobre se vincular e, conseqüentemente, sofrer com a paciente. Reconhecem a existência de sentimentos despertados pela situação de perda, mas entendem que esses sentimentos não devam ser percebidos pela paciente, garantindo assim um apoio necessário e eficiente.

Você “não pode” estar envolvido com o sentimento da paciente, mas você como ser humano você não deixa de se envolver, então como técnica de enfermagem eu faço a minha parte, como ser humano [...] sem permitir

que ela perceba que eu estou envolvida, que eu estou sofrendo com ela. [...] Assim, a gente se envolve sem demonstrar, entendeu? Sem participar, sem fazer a paciente... você é uma outra pessoa que está ali pra dar uma força se ela precisar, então você não pode desmoronar. (T4)

Você vai se fortalecendo, porque querendo ou não você tem perdas, isso te suga um pouco, e vai de você assim, de você saber diferenciar isso. Tem coisa que você tem dó, eu não vou dizer que eu nunca tive vontade de chorar com paciente, você respirar fundo, contar até quanto dá [...] procuro assim, me manter... porque ela precisa, assim, de um apoio, se eu ficar lá chorando junto com ela, não que isso vai, assim, ser ruim, mas não sei [...] se ficar todo mundo chorando... eu sei que não é fácil, tem vez que eu me emociono também. (E5)

É muito complicado (lidar com o luto das mães). É muito. Eu choro, assim, sempre que... de verdade. Não me seguro, não consigo. Sabe, eu choro na frente delas sim porque, eu sou uma pessoa muito assim, sabe, muito verdadeira, se eu tiver que falar eu vou falar, o que eu tiver que demonstrar... então não consigo segurar essas coisas, então eu choro na frente delas, eu abraço junto. Não consigo assim, tipo... eu não acho que quem não faz isso é frio, mas eu acho que a pessoa consegue lidar melhor com a situação. Eu entro na situação e me sinto como se fosse da família também. (E8)

4.1.2.5 Falas que devem ser evitadas

Os relatos mostram que os profissionais manifestaram mais convicção sobre o que não deve ser dito à uma mulher que acabou de perder seu bebê, do que o que poderia ser dito ou abordado.

Mesmo que tenha malformação, falar “ah pelo menos você se livrou de um problema”, que pra ela aquilo não é problema, “ah aconteceu porque tinha que acontecer”, “ah não iria sobreviver mesmo”, “ah nasceu muito ruim”. (E5)

A gente teve a pouco tempo um treinamento falando um pouquinho sobre isso e eles falam dessa questão da gente não ficar falando “ah não, não fica assim, depois você vai ser abençoada de novo”, “vem outro bebê por aí, mais pra frente”, nada disso porque a perda dela é o agora, o que é importante pra ela é o agora, não importa o que vai acontecer depois, ela perdeu o bebê dela, não importa se foi aborto de poucas semanas, ou óbito fetal, ou uma outra coisa, eu tento ter essa visão, valorizar esse momento, mas que é difícil é. (E8)

Falar tipo, sei lá, " logo vai vir o próximo", " Deus quis assim", é umas coisas assim, às vezes, a gente às vezes pensa que está confortando... Então eu acho que quando a gente perde, independente de ser filho, tal o pai, quando a gente escuta sim "Deus quis assim", na hora que a gente perde a gente tem uma certa revolta, aquela coisa que a gente não quer né, a gente não quer a perda, ninguém aceita a perda. (T2)

[...] é que eu já escutei, "Deus sabe o que faz", "hoje você não sabe mas amanhã você vai descobrir porque que aconteceu", "tudo que acontece é porque tem que acontecer", "ela virou uma estrelinha lá no céu", ah umas coisas desnecessária, que não vai ajudar nada, eu acho que não precisa falar. (T4)

Analisando essas falas podemos notar, o quanto é difícil para os profissionais que atuam no ambiente de maternidade lidar com a morte, o que pode resultar no distanciamento desta situação não contribuindo para os pais que vivenciam este momento. O que pode ser confirmado pelas palavras de mães através do estudo realizado por Ampese, Perosa e Haas (2007), onde as pacientes mencionaram o despreparo profissional da enfermagem:

A enfermeira mesma eu não vi, não tive nenhum contato, que eu me lembre... só lembro daquelas que vinham trocar o soro. (p.75)

Creio que a enfermagem não está preparada... não tocavam no assunto, é muito técnica, deveria agir mais com o coração... (p.75)

Ficamos sem informação nenhuma, a gente tentava perguntar a toda hora, só que as enfermeiras respondiam que isso era só com a médica... parecia que tinha uma barreira entre nós e a equipe. (p.75)

Fiquei lá o tempo todo sozinha. Elas (a enfermeira e técnicas de enfermagem) estavam lá na outra sala... me disseram que quando estourasse a bolsa era para chamar... (p.74)

Eu não quis... na hora tava muito mal... (choro), eu não queria ver o nenê morto... (choro), também me disseram que não sabiam até que ponto issoera bom... hoje me arrependo de não ter visto, de saber como é que ela era, o rostinho dela e tal... (p.75)

4.2 LEVANTAMENTO DE DEMANDAS DA EQUIPE

A etapa qualitativa permitiu que os profissionais de enfermagem expressassem as necessidades e demandas provindas do enfrentamento frente ao luto no setor de maternidade, o que colaborando para a construção do material instrutivo diante desse tema desafiador. A enfermagem foi selecionada como público alvo devido a sua proximidade de contato com a paciente e pela responsabilidade sob a prevenção, proteção e recuperação de saúde dos mesmos.

Ao ser explorado o levantamento dessas demandas, aguçou-se a percepção da complexidade de sentimentos provindos dos profissionais ao encarar a situação de morte e morrer neste setor, o qual é caracterizado pela comemoração da vida e não pelo dor do luto. Ficou perceptível que a maioria dos profissionais da enfermagem não esperam por essas situações no dia a dia e tais acontecimentos são marcados pela forma abrupta em que se ocorre. Muitas das vezes a notícia chega sem aviso prévio, assombrando tanto a família, quanto o profissional.

Muitos profissionais relataram a dificuldade em lidar com o óbito fetal em gestações com idade mais avançadas, onde tudo parecia tranquilo até então. O pré-natal realizado de forma correta mostrava um bebê saudável, a preparação da família para a chegada desse filho já tinha acontecido e agora uma triste realidade estava à frente.

Tal dificuldade pode ser imperceptível pelas pessoas ao redor, julgando a postura dos profissionais de saúde como fria, ao lidarem com a mãe que acaba de perder seu filho. Em contrapartida, através dos próprios relatos desses profissionais, percebeu-se a fragilidade destes ao participarem desse momento de encontro e despedida. O misto de sentimentos gera inseguranças, de modo que os mesmos acabam por criar mecanismos de defesa, alterando muitas vezes a sua conduta, o que resulta em um atendimento inadequado à esta mãe e/ou família.

Através dos relatos dos profissionais, foi apreendido vários motivos citados como impedimentos em abordar e consolar essa mãe, principalmente quando ela se mostra chorosa e aflita. O parto do bebê a termo foi apontado como uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem, ressaltando que cada profissional enfrenta suas barreiras individuais de forma única, buscando estratégias para encarar seus próprios medos, culturas e crenças.

No entanto, conseguiram se posicionar e citar exemplos de condutas inadequadas remetidas à mãe enlutada, as quais poderiam ser evitadas, assim como reafirmaram posturas positivas, as quais devem ser preservadas. A flexibilidade de regras distinguiu-se como um dessas posturas positivas, já que deixou-se claro o respeito pelo tempo em que a mãe pode ficar com o bebê nos seus braços. A liberação de visitas também foi lembrada pelos profissionais, mostrando entendimento de quanto isso pode ser benéfico para a mãe que perde o bebê.

Quanto ao incentivo de ver ou não o bebê morto, foi evidenciado pela maioria dos profissionais o quanto esse processo é essencial para elaboração do luto, de forma que se feche o ciclo como o esperado. Dentre as atitudes inadequadas para o momento, foram enfáticos ao exemplificarem falas que devem ser evitadas, conscientes de que estas desqualificam a dor da mãe. Foi lembrado ainda o quanto essas mães merecem atenção especial, validando a importância do olhar atento vindo da equipe, providenciando um local menos desconfortável para as mães e suas famílias, onde a deixará mais à vontade em relação as mães que estão juntas de seus bebês.

Em suma, cabe validar a importância da compreensão da equipe de para a contribuição e elaboração desse material. É importante lembrar a menção por diversos profissionais quanto à necessidade de um instrumento que os auxiliassem nessa situação específica, especialmente para os profissionais que acabaram de entrar no setor. Notamos ainda que havia mais convicção e conhecimentos pela equipe daquilo que

deveria ser evitado no momento de atendimento à paciente que passa pelo momento de luto, comparados ao que deveria ser feito para ajudá-la.

Fomentou-se a importância de haver entre o cotidiano de profissionais que atendem esse público espaços para reflexões, palestras, workshops, discussões e treinamentos que visem o aperfeiçoamento no desafio de cuidados no processo morte e morrer dentro da maternidade.

4.3 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

O presente levantamento bibliográfico teve como objetivo: Analisar quais as demandas enfrentadas pelos profissionais na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após terem sofrido perda perinatal na maternidade. E analisar quais as demandas enfrentadas pelas mães, pais e familiares após perda perinatal na maternidade.

A busca foi realizada no período de julho de 2018 à setembro de 2018. Na busca e seleção das produções científicas foram utilizados artigos disponíveis em modelo de publicação eletrônica indexadas nas principais bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na coleção principal da Web of Science (Thomson Reuters). Sendo utilizado nesse levantamento as palavras chaves: Equipe de saúde; Luto; Maternidade, integradas nos trabalhos em versões inglês e português, foi ainda empregado entre as palavras chaves “AND” como operador.

No total, foram encontrados 22 estudos por meio da integração das palavras chaves. A partir na análise crítica de seus resumos, considerando responder à questão norteadora estabelecida, 14 estudos foram posteriormente analisados mediante a leitura dos textos na íntegra.

Tabela 1- Síntese do título, autores e o ano da publicação dos artigos pesquisados nas bases de dados no período de julho a setembro de 2018. Botucatu, 2018.

ANO DO ESTUDO	AUTOR (ES)	TÍTULO
2002	PIOTROWSKI, K. A.	Risco no parto e no nascimento: O cuidado em enfermagem materna
2003	ASSUNÇÃO, A. T.; TOCCI, H. A.	Repercussão emocional do aborto espontâneo
2007	AMPESE, D.; PEEROSA, G.; HAAS, R. E.	A influência da atuação de enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável
2007	CARVALHO, F. T.; MEYER, L.	Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações
2007	SHIMIZU, H. E.	Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer
2008	CAVALHEIRO, A. M.; MOURA, J. D. F.; LOPES, A. C.	Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva
2009	DUARTE, C. A. M.; TURATO, E. R.	Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda gestacional: uma revisão
2010	GAUDET, C.	Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment
2011	ABRANTES, M. J. G.; FIGUEIREDO, F. J. G.; SOUSA, A. T. O.; GOMES, I. P.; REIS, P. E. D.; GONÇALVES, L. A. D.	O significado da morte de pacientes para profissionais de enfermagem
2011	MONTERO, S. M. P.; SÁNCHEZ, J. M. R.; MONTORO, C. H.;	A experiência da perda perinatal a partir da perceptiva dos profissionais de saúde

	CRESPO, M. L.; JAÉN, A. G. V.; TIRADO, M. B. R.	
2011	SOUSA, E. N.; MUZA, J. C.	Quando a morte visita a maternidade: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal
2012	SANTOS, C. S.; MARQUES, J. F.; CARVALHO, F. H. C.; FERNANDES, A. F. C.; HENRIQUES, A. C. P.T. MOREIRA, K. A. P.	Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal
2015	LE MOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B.	Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina sobre a Perda Gestacional

4.3.1 Demandas provindas das mães que passam pelo momento de luto

Em um estudo realizado por Carvalho e Meyer (2007) foi analisada a variedade de reações da mulher frente o óbito do seu bebê com o intuito de relatar como essas mulheres vivencia e enfrenta a perda gestacional. O sentimento de desvalorização da sua autoimagem foi um dos anseios relatados pelas mães, conduzidas pelo conceito de que seu corpo não foi capaz de funcionar adequadamente para gerar um bebê, comparado a outras mulheres. Fica-se a ideia de incapacidade de desempenhar o papel biológico de mãe.

Conforme os relatos das pacientes em um estudo realizado por Lemos e Cunha (2015) as comparações entre as mães ficam ainda mais presentes quando as mesmas encontram-se internadas na enfermaria de uma maternidade sem o bebê. É evidente a falta, o não ganhar, que diferencia as mulheres enlutadas, daquelas satisfeitas e felizes.

Foi discutido em um estudo realizado por Gaudet (2010) que as mulheres que já haviam passado por perdas gestacionais, apresentam ainda mais chances de sentimentos de dor e depressão. Isso implica um impacto maior na autoestima.

Duarte e Turato (2009) também ressaltam a dificuldade dessas mães, onde há um duplo esforço para a manutenção do equilíbrio físico e psíquico, já que a situação de uma nova gravidez, após uma ou mais perdas gestacionais, implica, geralmente, em ansiedade.

A maioria das mulheres refere à presença de familiares como papel fundamental no suporte ao luto. O apoio da família nesse momento evita o desequilíbrio emocionais futuros (CARVALHO;MEYER, 2007).

Lemos e Cunha (2015) destaca a importância do acolhimento e apoio a mulher enlutada, principalmente pelos profissionais de saúde. Através das falas das mães nesse estudo, fica nítido o quanto as mulheres valorizavam a presença e o apoio fornecido pelas pessoas próximas a ela, incluindo não somente os cuidados com o corpo que sofria perda, mas também com tudo que envolve essa mulher. Para que isso ocorra há necessidade da equipe de saúde estar sensível às demandas físicas, emocionais e sociais das pacientes, proporcionando, assim, uma assistência integral e de qualidade.

É necessário que se valorize o preparo e a sensibilização desses profissionais que atuam na assistência direta a essa mulher que vivenciou a perda, considerando o processo como único e individual. O reconhecimento do luto materno por parte da equipe de saúde é um dos primeiros passos para fornecer o apoio necessário e contribuir para elaboração desse processo, através da abertura de um espaço para que haja a expressão das angústias, receios, frustrações, tristezas, dentre outros sentimentos dessa mulher (LEMOS; CUNHA, 2015).

Foi constatado por Sousa e Muza (2011) no contexto em que a perda gestacional ocorreu nas primeiras semanas de gestação, pelo fato da pouca visualização do crescimento da barriga, o luto torna-se pouco

aceito socialmente. Muitas vezes o feto ainda não é considerado um bebê, passando a não ter um incentivo para elaboração peculiar desse momento.

Ampese, Perosa e Haas (2007) mencionam outra situação expressada pelas mães, a qual demonstra algumas demandas não atendidas de forma adequada pelos profissionais. Foi observado o sentimento de desconfiança em relação aos mesmos no momento de dar o diagnóstico. As pacientes relataram a percepção de que os profissionais foram passando a responsabilidade um para o outro, aumentando a angústia e a ansiedade da mãe e de seu companheiro pelo fato de não saber o que realmente estava acontecendo. Fica claro o despreparo da equipe de saúde ao dar a notícia de óbito aos familiares.

Tanto a mãe, quanto os familiares esperam dos profissionais de saúde atitudes e intervenções neste momento, na tentativa de que seja amenizado o sentimento de dor. É formidável que os profissionais, principalmente a enfermagem pelo contato próximo a paciente, esteja sempre junto a essa mãe desde o diagnóstico, bem como no momento e após o nascimento, a fim de lhes proporcionar os cuidados, mesmo que esse seja apenas permanecer em silêncio ao seu lado, confortando. É de extrema importância que as orientações e informações necessárias sejam executadas de forma adequada (PIOTROWSKI, 2002).

Outra demanda relatada pelas mães foi o arrependimento por não ter visto seu filho, e de não ter sido estimulada para isso. Destaca-se neste momento necessidade de um atendimento mais humanizado e menos técnico. A falta de preparo da enfermagem em lidar com esta situação no setor pode causar danos psicológicos em longo prazo, que talvez sejam irreparáveis (AMPESE; PEROSA; HAAS, 2007).

Algumas atitudes na esperança de minimizar a dor da paciente e familiar ainda são utilizadas como forma de provocar o silêncio utilizando de frases de convencimento, como: “logo você vai ter outro”. De acordo com Assunção e Tocci (2003) tais atitudes minimizam o suporte social a ser

oferecido à mulher que em seu momento de luto.

Assim, cabe aos profissionais de saúde inseridos nesse contexto a busca por uma oferta de assistência adequada, humanizada e holística às mulheres que vivenciam o processo de luto. Além da assistência médica, deve-se oferecer um suporte emocional adequado que favoreça o enfrentamento diante desse momento tão difícil (SANTOS *et al.*, 2012).

4.3.2 Demanda dos Profissionais presentes na literatura

O profissional de saúde muitas vezes se vê com o dever de salvar da morte, questionando-se quanto à aceitação da morte, contrapondo-se ao dever de impedir que ela aconteça. É comum, principalmente no setor de maternidade, as pessoas construírem concepções positivas, tendo-se em mente, que este é um local onde a vida tem início e que o nascimento constitui-se um momento feliz (LEMOS; CUNHA, 2015).

No estudo realizado por Ampese, Perosa e Hass (2007) especificadamente entre funcionários da equipe de enfermagem, foi observado que os mesmos se afastam de situações que demandam suporte aos pais que vivenciam o luto. Isso ocorre pelo fato de não saberem como agir diante deles naquele momento, que porventura eles mais necessitassem desse apoio.

Abrantes *et al.* (2011) levanta como um momento de dificuldades expressado pelos profissionais, o processo de comunicação do óbito, especificadamente na ocasião em que demanda atitudes de conforto aos familiares.

Lemos e Cunha (2015) afirma que uma preocupação tida entre os profissionais da equipe é decidir para qual enfermaria do alojamento conjunto a paciente com diagnóstico de perda gestacional será direcionada. A escolha do leito é sempre uma decisão muito delicada, pois há uma preocupação em não internar a paciente com na mesma enfermaria com outras mulheres que acabaram de ganhar seus bebês.

Em um estudo realizado por Montero *et al.* (2011) onde foram abordadas as experiências dos profissionais ao lidarem com o luto perinatal, é relatado pelas falas, o sentimento de vergonha por não saber o que falar, os mesmos sentem-se despreparados para abordar os aspectos emocionais das mães e familiares enlutados. Expressaram que a experiência profissional nem sempre é suficiente nesses casos, ressaltando a utilidade de um manual de atuação, o qual favoreceria o consenso e o trabalho em equipe.

Já em um estudo realizado por Cavaleiro, Moura e Lopes (2008) e Shimizu (2007) quando questionados sobre tempo de experiência profissional, obteve-se o resultado de que o tempo de trabalho pode facilitar os profissionais de saúde a lidarem melhor com questões na sua prática assistencial, já que quanto maior o tempo de experiência, maior o preparo para lidar com situações de morte.

Ao serem questionados ainda nesse estudo sobre as situações colocadas como de mais difíceis enfrentamentos, foram mencionados: óbito de gestação a termo; o parto de um feto morto em gestações avançadas; o momento de comunicar a má notícia; a falta de destrezas na hora de enfrentar a situação; o não conhecimento de atitudes que podem ajudar os pais no luto, como por exemplo, o preconceito de a família ver o bebê morto. Ainda houve a percepção pelos profissionais quanto a reações e sentimentos implicados no processo de perda e nas semanas de gestação, onde foi alegado que um aborto não é o mesmo que um feto maior (MONTERO *et al.*, 2011).

Foi evidenciado o uso de falas errôneas como forma de consolo a mulher, como por exemplo: “não te preocupe, é melhor assim, poderia ter uma malformação”, em caso de abortos com poucas semanas. Foi citado também que por fazer parte da rotina, quando acontece abortos espontâneos, não lhes é dado tanta importância (MONTERO *et al.*, 2011).

Os sentimentos de impotência foram relatados de forma convicta por Rocha (2016), onde os profissionais declaram não saber o que falar

para família, nem como reagir ou se portar. Afirmaram também que a formação acadêmica não prepara a enfermagem para lidar com a morte no cotidiano, principalmente quando o momento envolve o nascimento. Reforçam a necessidade de educação permanente que aborde esta temática no campo de trabalho.

A falta de disponibilidade de tempo foi mencionada como um fator que impossibilita o profissional ter flexibilidade e mobilidade, pela grande demanda de pacientes para o número reduzido de profissionais, resultando em delimitação da rotina de cuidados na enfermagem. A equipe de enfermagem se restringe, muitas vezes, aos cuidados físicos, foco principal da sua prática. Em contrapartida alguns profissionais colocam a falta do que dizer à paciente como motivo de não aproximação, principalmente daquelas mais chorosas, pois se sentem despreparados e impotentes frente à situação (LEMOS; CUNHA, 2015).

É fulgente que, viabilizar um espaço para a elaboração da experiência vivida na assistência à paciente em situação de perda gestacional precisaria ser uma preocupação institucional, que envolva toda a equipe e não somente o profissional especializado em saúde mental. O trabalho em equipe pode contribuir muito para a assistência integral à paciente, além de auxiliar ao próprio profissional de saúde a lidar com suas angústias frente à assistência de mulheres que vivenciam a perda gestacional (LEMOS ; CUNHA, 2015).

4.4 PROPOSTA DO MATERIAL INSTRUTIVO - CARTILHA

A partir das vivências dos profissionais de saúde, obtidas na etapa qualitativa deste estudo, e embasada na revisão da literatura na área, foi elaborada uma proposta do material instrutivo (Apêndice C), agrupando os temas e conteúdos mais relevantes para nortear o cuidado prestado pelos profissionais de saúde na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade, seguindo

as etapas de: Sistematização do conteúdo; Seleção e elaboração das ilustrações; Composição da cartilha e Critérios editoriais utilizados.

Os seguintes temas foram incluídos no material: A maternidade; O que é luto?; O profissional de saúde frente a morte e o luto; Como lidar com a perda na maternidade? O contato com o bebê; Falas que devem ser evitadas; e Informações legais e burocráticas.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de construção desse material proporcionou uma reflexão sobre o enfrentamento da equipe de enfermagem diante de uma vulnerável clientela atendida na maternidade: as mulheres que perdem seus bebês, no período perinatal. Assim, esta dissertação foi concebida com o objetivo de construir uma cartilha destinada aos profissionais de enfermagem atuantes na maternidade. Para a construção de um material instrutivo foi necessária autorização ética e conhecimento científico sobre o assunto, pois isso refletirá em trabalhos educativos de melhor qualidade, promovendo compreensão, segurança e o reconhecimento da equipe multiprofissional por parte da população-alvo. Foi necessário a seleção de informações prioritárias, objetivas, de fácil compreensão, para que seja atendida a necessidade específica de uma determinada situação, estimulando então a leitura do mesmo.

A Pesquisa de abordagem qualitativa foi o caminho metodológico escolhido para a identificação de demandas. Com esta pesquisa, os profissionais de enfermagem compartilharam suas experiências e foram instigados a refletir sobre o processo de morte e morrer na maternidade, assunto tão difícil de ser encarado, sendo assim avaliadas suas ações neste momento. Durante a pesquisa foi reconhecido aos profissionais a normalidade em ter tais dificuldades nesse momentos, isso aumentou o vínculo e liberdade para conversar. O diálogo aberto sobre o processo de morte e morrer e sobre as experiências e dificuldades enfrentadas no atendimento à mulher com perda perinatal proporcionou aos participantes reconhecerem suas limitações e refletir sobre suas estratégias para superá-las.

Através das narrativas foi possível compreender as diferentes situações experienciadas pelos profissionais no cotidiano da maternidade, ajudando na proposição de cuidados que auxiliem a mulher no processo

de adaptação frente ao óbito perinatal e no momento que o parto torna-se uma despedida.

As categorias emergidas da pesquisa realizada com os profissionais demonstraram conhecimentos quanto às situações ocorridas frente ao momento do luto, como a importância de quebrar regras e rotinas e individualizar o caso, o contato com o bebê na facilitação do processo de luto, a dificuldade e o desafio profissional em lidar com o luto na maternidade, situações difíceis de superar, estratégias de enfrentamento e algumas falas que devem ser evitadas. Fica evidente o quão difícil é para a equipe lidar com o processo de morte e morrer em seu dia a dia.

Além disso, foram enfatizadas as dificuldades em assistir ao trabalho de parto e parto, em enfrentar o relacionamento com a família, em conduzir principalmente os óbitos a termo, em vivenciar o momento de entrega e despedida do bebê, bem como a sobrecarga de trabalho, colocado como um motivo de afastamento entre o profissional e a mulher.

A fase de levantamento bibliográfico foi crucial para a sistematização do conteúdo da cartilha, atingindo maior aprofundamento no conhecimento relativo as demandas provindas dos profissionais de saúde e as demandas provindas das mães que vivem o momento de luto, possibilitando um ganho cognitivo importante quanto a este conteúdo.

A partir do levantamento bibliográfico foi evidenciado a falta de preparo dos profissionais para lidar com o processo de morte e morrer, principalmente no setor de maternidade, onde as pessoas construíram concepções positivas, tendo-se em mente, que este é um local onde a vida tem início e que o nascimento constitui-se um momento feliz (LEMOS; CUNHA, 2015).

A literatura confirmou também a dificuldade e o desafio vivenciados pelos profissionais de enfermagem frente a situações que demandam suporte aos pais que passam pelo processo de luto (AMPESE; PEROSA; HASS, 2007). A maioria justificam-se pelo fato de não saberem como agir diante deles naquele momento, onde ainda na tentativa de consolo a

mulher utilizam de falas errôneas abordam o preconceito em mostrar o filho morto à família (MONTERO *et al.*, 2011).

No levantamento bibliográfico referente as demandas providas das mães que passam pelo momento de luto, realçou-se sentimentos de incapacidade de desempenhar o papel biológico de mãe (CARVALHO; MEYER, 2007), onde existe no setor de maternidade comparações entre as mães, o que gera sentimentos de dor e depressão, impactando a autoestima. Consegue-se a partir daí destacar a necessidade de isolamento da mãe enlutada (LEMOS; CUNHA, 2015). A maioria das mulheres referiu presença de familiares como papel fundamental no suporte ao luto, validando a importância que os profissionais estejam sempre junto a essa mãe atendendo seus desejos e individualidades (CARVALHO; MEYER, 2007). Lembrando ainda que foi mencionado por algumas mães o arrependimento de não ter visto seu bebê, mesmo que morto (AMPESE; PEROSA; HAAS, 2007).

Os materiais encontrados sobre o tema de enfrentamento do luto pelos profissionais de enfermagem atuantes na maternidade foram escassos. Embora exista uma série de políticas públicas brasileiras que propendam os cuidados à mulher no ciclo gravídico puerperal, as situações de óbito perinatal ainda não são devidamente exploradas como deveriam nas questões de prestações de cuidados que abrangem os aspectos emocionais das mães e familiares que passam por esse momento de luto.

Assim, é fundamental fortalecer uma nova forma de cuidar no processo de viver e morrer, uma nova visão, estimulando novas pesquisas sobre a temática, qualificando a assistência por meio de práticas educativas coletivas, reflexivas/dialógicas, participativas, implementando boas práticas obstétricas e conduzindo e organizando os cuidados. Desta forma, considera-se que o produto final desta dissertação, a cartilha direcionada aos profissionais que enfrentam o luto perinatal, construídos

coletivamente com a equipe de enfermagem, colaborem para a mudança da prática.

A pesquisa tem relevância para a enfermagem acadêmica e assistencial e para a comunidade, por ser um tema pouco explorado. O material deverá auxiliar na condução dos cuidados de enfermagem para melhoria da assistência, favorecendo o processo de adaptação da mulher nesse momento tão doloroso da perda gestacional. Recomenda-se que as maternidades busquem promover a qualificação profissional por meio da reflexão sobre o processo de morte e morrer na maternidade, e sobre sua prática assistencial, implementando estratégias de socialização, interação e trocas entre os profissionais.

É importante que os profissionais se envolvam em estratégias de educação permanente, para se instrumentalizarem com vistas à atenção integral da mulher que vivencia o óbito perinatal. Além disso, cabe ainda, ressaltar a necessidade das instituições de ensino abordarem as questões relacionadas ao processo de morte e morrer, inclusive na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABRANTES, M. J. G. *et al.* O significado da morte de pacientes para profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.5, n. 1, p. 37-44, 2011.

AMPESE, D.; PEROSA, G.; HAAS, R. E. A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável **Bioethikos**, São Paulo, v.1, n.2, p.70-77, 2007.

ASSUNÇÃO, A. T.; TOCCI, H. A. Repercussão emocional do aborto espontâneo. **Rev. Enferm. UNISA**, São Paulo, v.4, n.5, p. 5-12, 2003.

BADENHORST, W.; HUGHES, P. Psychological aspects of perinatal loss. **Best Pract. Res. Clin.Obstet.Gynaecol.**, Amsterdam, v.21, n.2, p. 249-259, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70.ed. Lisboa: LDA, 2009.

BELLATO, R. *et al.* A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de Graduação em Enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 255-263, 2007.

BOELEN, P.A.; PRIGERSON, H.G. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 257 n.8, p.444-52, 2007.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: perda, tristeza e depressão. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: perda, tristeza e depressão. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto. **Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de

atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru/manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicol.:** cienc. prof., Brasília, v. 37, n. 1, p. 90-105, 2017.

BROMBER, M.H.P.F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas : Editorial Psy II, 2000.

CARVALHO, F. T.; MEYER, L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e o conduta profissional frente a essas situações. **Bol.Psicol.**, São Paulo, v.57, n.126, p. 33-48, 2007.

CASELLATO, G. **Luto pela perda de um filho**: A recuperação possível diante do pior tipo de perda. In M.H.P. Franco (Org.). Uma jornada sobre o luto: A morte sob diferentes olhares, Campinas: Livro Pleno, 2002. p.11-21.

CASELLATO, G. **Luto não autorizado**: o fracasso da empatia nos tempos modernos. Suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus, 2015. p. 15-28.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA, J. D. F.; LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 29-35, 2008.

DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2.ed. Philadelphia: Lippincott, 1996. p. 57-68.

DOKA, J. K. **Disenfranchised grief**: recognizing hidden sorrow. Nova York: Xington Books, 1989.

DOLL, J. Luto e viúves na velhice. In: FREITAS, E. V., et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1866-1884.

DUARTE, C. A. M.; TURATO, E. R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda gestacional: uma revisão. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.14, n.3, p. 485-490, 2009.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado de saúde. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 5, p. 754-757, 2005.

FARNÉ, M. **O estresse**: às vezes é positivo, às vezes é negativo, mas pode ser transformado em um aliado. São Paulo: Paulinas, 2003.

FORTE, A.L.; HILL, M.; PAZDER, R.; FEUDTNER, C. Bereavement care interventions: A systematic review. **BMC Palliat Care**.v.3, n.3, 2004.

FRANCO, M. H. P. **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002.

FRANCO, M. H. P. **Por que estudar o luto na atualidade**: formação e rompimento de vínculos. São Paulo: Summus, 2010.p.17-42.

FREIRE, M. C. B. **O som do silêncio**: a angústia social que encobre o luto - Um estudo sobre isolamento e sociabilidade entre enlutados do cemitério Morada da Paz. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

GAUDET, C. Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. **J.Reprod.Infant.Psychol.**, Abingdon, v. 28, n. 3, p. 240-251, 2010.

GESTEIRA, S.M.A.; DINIZ, N.M.F.; OLIVEIRA, E.M. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paul.Enferm.**, São Paulo, v.21, n.3, p. 449-453, 2008.

HOLLAND, J. M.; NEIMEYER, R. A.; BOELEN, P. A.; PRIGERSON, H. G. The underlying structure of grief: a taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. **Journal of Psychopathology and**

Behavioral Assessment, v.31, n.3, p.190-201, 2009.

HUTTI, M. Social and professional support needs of families alter perinatal loss. **J. Obstet.Gynecol. Neonatal Nurs.**, Thousand Oaks, v.34, n.5, p. 630-638, 2005.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev.Latinoam.Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v.10, n.4, p.614-623, 2007.

KLASS, D.; WALTER, T. Processes of grieving: how bonds are continued. In R. A. Neymeyer (Ed.). **Meaning reconstruction and the experience of loss**.2001. p. 431-448.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: um desafio na formação de profissionais de saúde e educação. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 34, n.4, p. 420-429, 2010.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicol.:** *cienc. prof.*, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.

LEMOS, L.F.S.; CUNHA, A.C.B. Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda. **Rev. Bras. Psicol.**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 13-22, 2015.

MACHADO, R.M.; MENEZES, R.A. Gestão Emocional do Luto na Contemporaneidade. **Revista Ciências da Sociedade (RCS)**, v.2, n.3, p.65-94, 2018.

MAIN, J: Improving management of bereavement in general practice based on a survey of recently bereaved subjects in a sigle general practice. **British Journal of General Practice**, v.50, p. 863-6, 2000.

MARQUES, A.H.; SOLIS, A.C.O.; NETO, F.L.; LOTUFO, R.F.M.; PRADO, E.B.A. Estresse, depressão, alterações imunológicas e doença periodontal. **Rev. Psiq. Clín.** V. 28, n.5, p. 266-273, 2001.

MONTERO, S. M. P. *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perceptiva dos profissionais de saúde. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.6, p. 1405-1412, 2011.

MORAES, M. H. C. **A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós-parto**.2010.Tese (Doutorado em Psicologia) –Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

OLIVEIRA, B. **Psicologia do envelhecimento e do idoso**. 4 Ed. Porto: Legis Editora, 2010.

OREANO, J. M. *et al.* Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p.128-36, 2014.

OVIEDO, S. S. *et al.* Duelo materno por muerte perinatal. **Rev. Mex. Pediatr.**, Mexico, v.76, n.5, p. 215-9, 2009.

PARKES, C. M. **Luto: Estudo sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

PIOTROWSKI, K. A. **Risco no parto e no nascimento**: o cuidado em enfermagem materna. Porto Alegre: Artmed, 2002.

POLIT D., BECK C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRIGERSON, H.G.; HOROWITZ, M.J.; JACOBS, S.C.; PARKES, C.M.; ASLAN, M.; GOODKIN, K.; MACIEJEWSKI, P. K. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. **PLOS Medicine**. v.6, n.8, p.1-12, 2009.

RAMOS, V.A.B. O processo de luto. **Psicol. PT**, 2016.

SALGADO, H.O.; POLIDO, C.A. **Como lidar luto perinatal**: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. 1.ed. São Paulo: Ema Livros, 2018. 27p.

SANDERS, M. C. Risk factors in bereavement outcome. The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & H. O. Robert (Eds.), **Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention**, p. 255-267, 1993.

SANTOS, A. L. D.; ROSENBERG, C. P.; BURALLI, K. O. Histórias de perdas fetais contada por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Rev.Saúde Pública**, v.38, n;2, p.268-76, 2004.

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

SANTOS, S. V. **Guia para prevenção de tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**: uma construção coletiva da equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.3, p.257-262, 2007.

SIMWAKA, A. N.; KOK, B.; CHILEMBA, W. Women's perceptions of Nurse-Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: an exploratory study. **MalawiMed.J.**, Lilongwe, v. 26, n. 1, p. 8-11, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24959318>. Acesso em: 10 fev. 2019.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.B. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.418p.

SOUSA, E. N.; MUZA, J. C. **Quando a morte visita a maternidade**: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal. 2011. Monografia - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

SOUZA, A. M.; MOURA, D. S. C.; PEDROSO, J. S. **Instrumento de avaliação do luto e suas funções terapêuticas: a experiência de um serviço de pronto atendimento ao enlutado**. In M. H. P. Franco (Org.), Formação e rompimento de vínculos. São Paulo, SP: Summus, 2010. p. 123 -144.

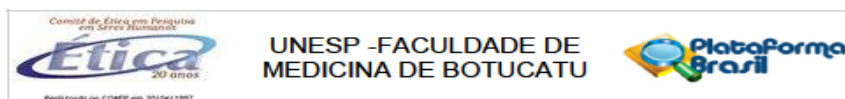
STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death studies**, v.23, n.3, p.197-224, 1999.

VIOLA, T.W.; SCHIAVON, B.K.; RENNER, A.M.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. **Rev. Psiquiatr.** v. 33, n.1, p. 55-62, 2011.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental**. 2 ed.) Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1998.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto**: um manual para profissionais de saúde mental. 4.ed. São Paulo: Roca, 2013.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** LUTO NA MATERNIDADE: UM DESAFIO PARA EQUIPE DE SAÚDE**Pesquisador:** Mariane Graciano Duarte**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 80024717.9.0000.5411**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.424.538**Apresentação do Projeto:**

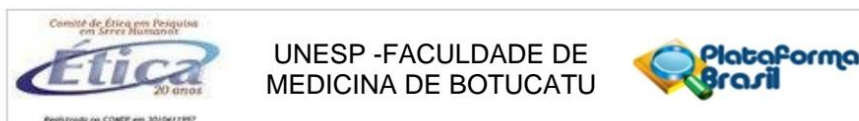
Trata-se de um projeto de pesquisa para obtenção do título de mestre do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da FMB.

A maternidade pode ser marcada por acontecimentos negativos, acompanhados por perdas ao invés de ganhos. Muitas vezes a atuação dos profissionais de saúde envolvidos nesse tipo de cuidado pode desencadear dificuldades no manejo dessas situações. O objetivo do estudo é elencar, junto à equipe de saúde, quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade e posteriormente a construção de um material técnico de orientação profissional.

Serão entrevistados 15 profissionais da saúde que atuam na maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). As entrevistas serão individuais e seguirão um roteiro com perguntas norteadoras da investigação.

O material obtido nas entrevistas será trabalhado sob a perspectiva da análise de conteúdo sistematizada por BARDIN para a compreensão tanto dos conteúdos explícitos, como daqueles que vão além dos manifestos.

Endereço: Chácara Butignoll, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.424.538

Objetivo da Pesquisa:

- Elencar, junto à equipe de saúde, quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade.

- Refletir junto com os profissionais da saúde sobre morte e luto na maternidade.

Como Objetivo final elaborar um material instrutivo, em formato de cartilha, que auxilie profissionais de saúde na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: as entrevistas abarcarão temas que podem desencadear uma mobilização emocional, que os autores propõem um acolhimento, se necessário.

BENEFÍCIOS: identificar as dificuldades que os profissionais diante de luto materno e elaborar material técnico de orientação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo sobre as dificuldades relatadas por profissionais que trabalham na maternidade do HCFMB e possível elaboração de um material técnico para orientação. O projeto apresenta objetivo claro bem como proposta metodológica.

O TCLE está em forma de convite e linguagem acessível. Aponta os objetivos e etapas do estudo.

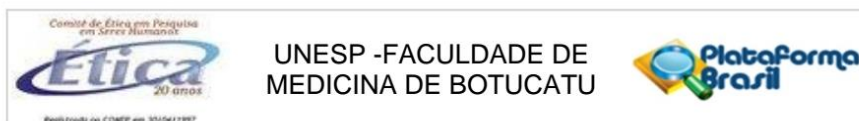
O cronograma de execução é aplicável aos objetivos do estudo, dentro dos critérios estabelecidos por este colegiado.

Os pesquisadores apresentaram um custo financeiro no valor de R\$75,00, com financiamento próprio, sem qualquer ônus para a instituição proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentaram os documentos necessários para a realização do projeto de pesquisa

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.424.538

intitulado "LUTO NA MATERNIDADE: UM DESAFIO PARA EQUIPE DE SAÚDE":

- Folha de rosto (Cumprimento Resolução 466)
- Documento de Anuência Institucional
- TCLE
- Cronograma de execução
- Orçamento financeiro

Recomendações:

Rever a ordem dos objetivos estabelecidos para o projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos do projeto de pesquisa intitulado "LUTO NA MATERNIDADE: UM DESAFIO PARA EQUIPE DE SAÚDE", recomendo a aprovação, sem necessidade de envio 'a CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 04 dezembro de 2017, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, informa que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via Plataforma Brasil.

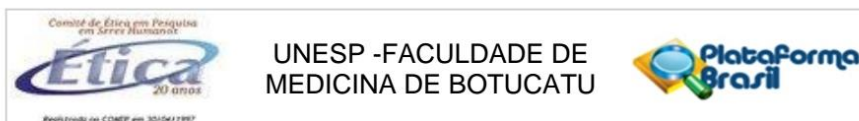
Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1021702.pdf	13/11/2017 14:39:06		Aceito
Outros	Custo.Pdf	13/11/2017 13:46:59	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	13/11/2017 13:31:54	Mariane Graciano Duarte	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.424.538

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAJUSTADO.docx	13/11/2017 13:29:30	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.Pdf	13/11/2017 13:24:12	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Outros	Formulario.docx	30/10/2017 15:35:46	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	30/10/2017 15:34:21	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/10/2017 21:33:29	Mariane Graciano Duarte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

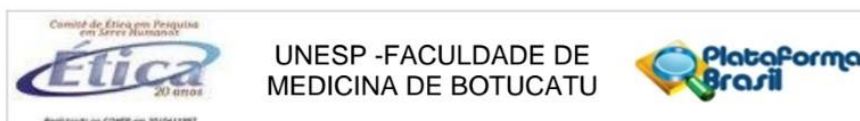
Não

BOTUCATU, 08 de Dezembro de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 CEP: 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: LUTO NA MATERNIDADE: UM DESAFIO PARA EQUIPE DE SAÚDE

Pesquisador: Mariane Graciano Duarte

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80024717.9.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.120.252

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para mudança de título de: "LUTO NA MATERNIDADE: UM DESAFIO PARA EQUIPE DE SAÚDE.", para: "Luto na Maternidade: construção de cartilha para cuidados em situação de óbito perinatal.", a ser realizado pela pesquisadora Mariane Graciano Duarte, sob orientação da Profa. Dra. Milena Temer Jamas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar um material instrutivo, em formato de cartilha, que auxilie profissionais de saúde na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade.

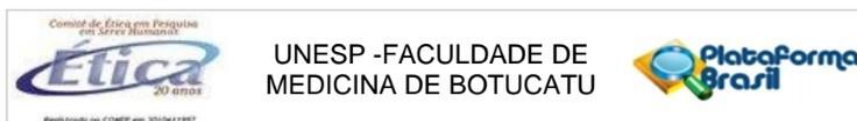
Objetivo Secundário:

- Refletir junto com os profissionais da saúde sobre morte e luto na maternidade. • Elencar, junto à equipe de saúde, quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na abordagem e no cuidado de mães, pais e familiares após perda gestacional ou neonatal na maternidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados anteriormente.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP
Município: BOTUCATU
CEP: 18.618-970
Telefone: (14)3880-1609
E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.120.252

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda para mudança de título de: "LUTO NA MATERNIDADE: UM DESAFIO PARA EQUIPE DE SAÚDE.", para: "Luto na Maternidade: construção de cartilha para cuidados em situação de óbito perinatal.", a ser realizado pela pesquisadora Mariane Graciano Duarte, sob orientação da Profa. Dra. Milena Temer Jamas.

O pesquisador informa que a mudança de título se justifica pela necessidade de conter no título o produto gerado no Mestrado Profissional, sem qualquer alteração no objetivo e metodologia do projeto original aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já avaliados anteriormente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em reunião extraordinária, o Colegiado deliberou APROVADA a emenda apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 23 de janeiro de 2019, o documento enviado na forma de "Emenda", encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

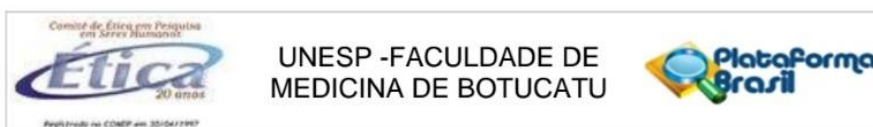
Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_128250_0_E1.pdf	04/01/2019 14:55:40		Aceito
Outros	mudanca_cep.pdf	04/01/2019 14:54:18	MILENA TEMER JAMAS	Aceito
Outros	oficio_cep.pdf	04/01/2019 14:53:16	MILENA TEMER JAMAS	Aceito
Outros	Custo.Pdf	13/11/2017 13:46:59	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	13/11/2017 13:31:54	Mariane Graciano Duarte	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.120.252

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAJUSTADO.docx	13/11/2017 13:29:30	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.Pdf	13/11/2017 13:24:12	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Outros	Formulario.docx	30/10/2017 15:35:46	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	30/10/2017 15:34:21	Mariane Graciano Duarte	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/10/2017 21:33:29	Mariane Graciano Duarte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO o(a) senhor(a) para participar do meu Projeto de Pesquisa intitulado “Luto na Maternidade: Um Desafio para Equipe de Saúde” que será desenvolvido por mim, Mariane Graciano Duarte, aluna do Mestrado Profissional de Enfermagem, com orientação da enfermeira e professora Milena Temer Jamas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e coorientação da psicóloga e professora Elenice Bertanha Consonni, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Este estudo pretende conhecer as experiências dos profissionais de Saúde que lidam com situações de perda e luto na maternidade do Hospital das Clínicas de Botucatu (HC). A pesquisa consta de uma entrevista individual, onde serão abordadas as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cuidado de mães, pais e familiares após a perda gestacional ou neonatal na maternidade. A entrevista durará cerca de 40 minutos e acontecerá dentro do HC, de acordo com sua conveniência. A entrevista será gravada e a gravação ficará guardada sob a responsabilidade das pesquisadoras e serão apagadas após sua transcrição.

O conhecimento sobre suas experiências nos permitirá compreender a realidade e as dificuldades vividas pelos profissionais de saúde, visando elaborar material educativo para auxílio no atendimento em situações de perda e luto na maternidade.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é **voluntária** e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, **sem qualquer prejuízo**. É garantido **total sigilo** do seu nome em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue à você, devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Você não sofrerá danos físicos, porém podem ocorrer mobilizações emocionais. Podemos interromper a entrevista em qualquer momento caso você se emocione até que você se acalme, ou definitivamente caso você queira desistir de participar. Podemos também agendar um novo encontro para conversarmos sobre o assunto, se assim você preferir.

Este trabalho proporcionará como benefício sua participação na identificação de estratégias que minimizem o sofrimento das mulheres que vivenciam o óbito fetal e também possibilitará o aumento dos conhecimentos científicos sobre esse tema, reduzindo suas dúvidas e inquietações.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito. Após terem sido sanadas todas as minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/2018

Nome:

Pesquisador

Pesquisadora: Mariane Graciano Duarte

Endereço: Av. José Justino de Carvalho, 895 CEP: 19.901-560 –Ourinhos – SP

Fone: (14) 99777-7332 e-mail: mari_graciano@hotmail.com

Orientadora: Profª Drª Milena Temer Jamas - Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina - UNESP - Campus

Rubião Júnior S/N - CEP: 18618-970 - Fone: (14) 3880.1717 e-mail: mtemer@fmb.unesp.br.

Participante da Pesquisa

APÊNDICE B**Caracterização dos profissionais entrevistados**

Identificação: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Situação conjugal: _____

Nº de filhos: _____

Religião: _____

Frequenta? _____

Anos de estudo: _____

Formação: _____

Tempo de formação _____

Instituição de estudo: _____

Tempo de atuação na área da saúde: _____

Tempo de atuação no setor de maternidade: _____

Cargo atual: _____

Especialização na área: _____

Observações:

APÊNDICE C CARTILHA



Lidando com o luto na maternidade
Orientações aos profissionais de enfermagem

Mariane Graciano Duarte
Milena James Temer
Elenice Bertanha Consonni



Mariane Graciano Duarte
 Milena Jamas Temer
 Elenice Bertanha Consonni

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
 FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Autores:

Mariane Graciano Duarte
 Milena Jamas Temer
 Elenice Bertanha Consonni

Editoração e Diagramação:

Ana Sílvia SBS Ferreira

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA SEÇÃO T&C. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
 DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
 BIBLIOTECA RESPONSÁVEL: ROSÂNGELA APARECIDA LOBATO - CRB 87588

Duarte, Mariane Graciano.

Lidando com o luto na maternidade [recurso eletrônico] : orientações aos profissionais de enfermagem / Mariane Graciano Duarte, Milena Jamas Temer, Elenice Bertanha Consonni, editoração e diagramação: Ana Sílvia Sartori Barraviera Scabra Ferreira. - Botucatu : Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina, NEAD TIS, 2019

1 E-book

ISBN:

1. Recém-nascidos - Mortalidade. 2. Enfermagem neonatal. 3. Maternidade. 4. Comunicação em saúde. I. Temer, Milena Jamas. II. Consonni, Elenice Bertanha. III. Ferreira, Ana Sílvia Sartori Barraviera Scabra.

CDD 614.5992

Sumário:

Apresentação	4
A maternidade	6
O que é luto?	8
O profissional de saúde frente a morte e o luto	10
Como lidar com a perda na maternidade?	14
O contato com o bebê	23
Falas que devem ser evitadas	30
Informações legais e burocráticas	32
Referências	37

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem



Apresentação

Esta cartilha foi escrita para ajudar os profissionais de saúde que trabalham na maternidade a lidar com situações de óbito perinatal, auxiliando mães e seus familiares em luto.

Compartilhe este material com pessoas que possam se beneficiar com essas informações.

5

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem



6

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Quando pensamos na maternidade, logo nos vem à tona a ideia de um lugar alegre, cheio de vida, pais contentes, choro de bebês, mães amamentando e compartilhando esse momento de felicidade e conquista com seus familiares e equipe de saúde.

Isso faz com que muitos profissionais escolham atuar neste local, que parece estar longe da doença, do sofrimento e morte, tão presentes em outros locais do hospital.

Espera-se que a mulher saia da maternidade com seu bebê vivo, e quando a morte surge neste contexto, poucos sabem ao certo o que fazer e como ajudar a mãe e seus familiares.

A postura e as condutas dos profissionais da saúde em situações de óbito perinatal irão influenciar a elaboração do luto da mulher e de seus familiares. Por isso, esta cartilha se propõe a discutir este tema e possibilidades de abordagem.



De um modo geral, o luto é um processo, natural e esperado, de readaptação do indivíduo após uma perda significativa.

Cada pessoa reagirá de maneira muito particular e a perda pode afetá-la nas esferas emocional, cognitiva, comportamental, física, social e espiritual.



9

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

O profissional frente ao luto perinatal

Os profissionais de saúde lidam com aspectos relacionados à morte e ao morrer, de acordo com sua forma pessoal de lidar com dor e perdas.

Sua história pessoal de perdas, experiências e elaboração dos processos de luto que já vivenciou influencia diretamente no modo de lidar com essas questões.

A cultura em que está inserido, também pode ser colocada como fator relevante, devido as representações pessoais de morte, representada pela possibilidade de expressão da dor e como o luto é vivenciado pelo mesmo.

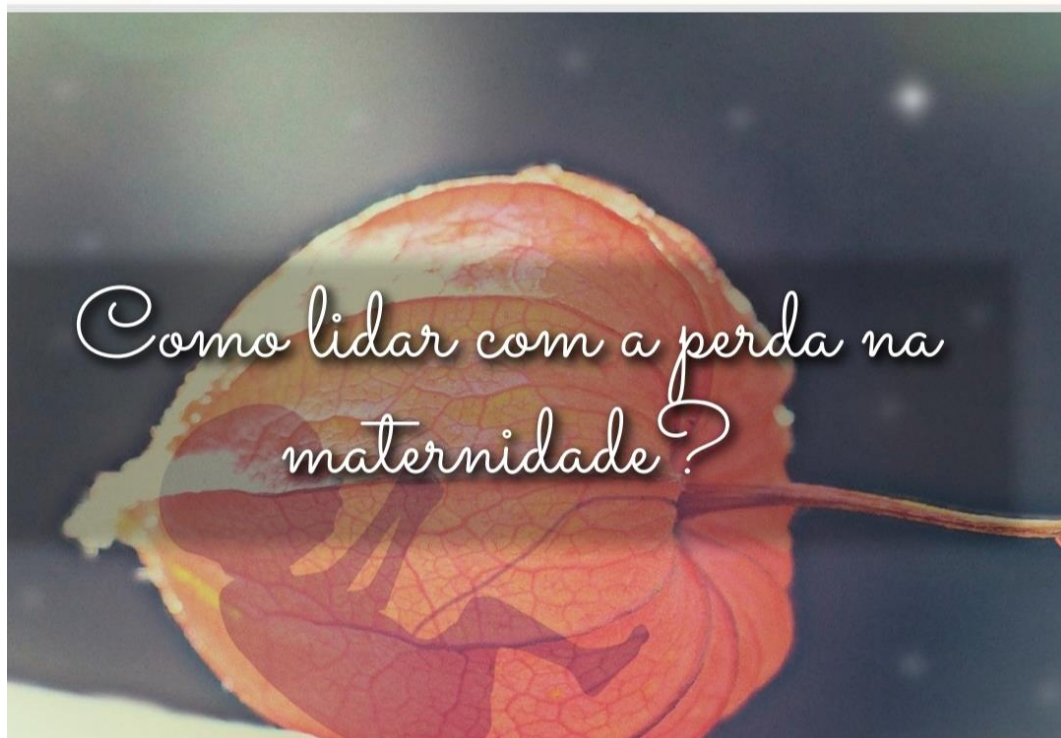


Não existem receitas prontas sobre como lidar com a morte, portanto é importante que cada profissional conheça suas dificuldades e busque estratégias que o auxiliem a enfrentá-las, tornando o cuidado nesse contexto, além de mais adequado para as famílias, mas confortável para o profissional.

Sabemos que a postura dos profissionais de saúde frente a situações de óbito perinatal pode interferir de forma significativa na elaboração do luto de mães e familiares.

Ao mesmo tempo, entendemos que a maioria dos profissionais de saúde não recebe preparo adequado e suficiente para lidar com a morte e o luto durante sua formação, muito menos quando ela ocorre na maternidade.

Assim, esperamos que este material possa te ajudar a refletir e entender um pouco mais sobre os processos presentes no luto perinatal, assim como as possibilidades manejá-lo, para que você sintasse-se mais seguro ao oferecer assistência e apoio para mães e familiares enlutados que estão passando pela triste experiência da perda.





O que posso fazer para ajudar?

As famílias que perdem seus bebês, antes ou logo após o nascimento, certamente estão passando por uma das experiências mais dolorosas e marcantes de toda sua vida. Por isso, precisam de cuidado empático, com paciência e respeito às suas necessidades.

15

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Respeitando a dor

Independente do tempo de gestação, condições do feto, tipo de perda, a dor da mulher e da família deve ser compreendida e respeitada pela equipe e, jamais, minimizada.



Individualizar

Cada paciente deve ser vista como única e respeitada em suas reações particulares de luto.

Dê espaço para a paciente expressar suas emoções e falar sobre o que ela quiser.

Procure conhecer e atender as necessidades e desejos da família que podem facilitar o processo de luto, sem tomar decisões por ela ou no lugar dela.



17

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Rotinas da Enfermagem

Acompanhante

Pergunte sobre quem ela gostaria que estivesse com ela nesse momento?

O apoio é muito importante no processo de luto e ninguém melhor que a própria mulher para saber quem é(são) a(s) melhor(es) pessoa(s) para isso.

Evite sugerir alguém, converse, pergunte e tente ajudá-la a escolher.

18

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Isolamento

Estar no mesmo ambiente que outras mães com bebês saudáveis pode ser muito angustiante para quem acabou de perder seu bebê. Buscar um quarto isolado pode protegê-la de mais sofrimento e promover a privacidade necessária.

Em situações como essas, algumas rotinas podem ser quebradas e a enfermagem pode se adaptar à necessidade de cada mulher e família.

Adequar regras e rotinas pode amenizar muito o sofrimento de mães e familiares. Ex: permitir visitas fora do horário; permitir a entrada de mais acompanhantes ou filhos pequenos, etc..



O parto

O momento do parto é tido como um momento difícil e traumático, para mães, família e os profissionais de saúde que acompanham o processo. As dores do parto, o nascimento do bebê e o momento onde o encontro vira despedida, pode despertar angústia, medo e insegurança.

As propostas de condutas devem ser esclarecidas com respeito e paciência para que a mãe possa ter autonomia para tomar decisões.

21

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem



É imprescindível que os profissionais acompanhem a família no trabalho de parto e parto, com o mesmo cuidado e respeito que se prestam ao nascimento de um bebê vivo.

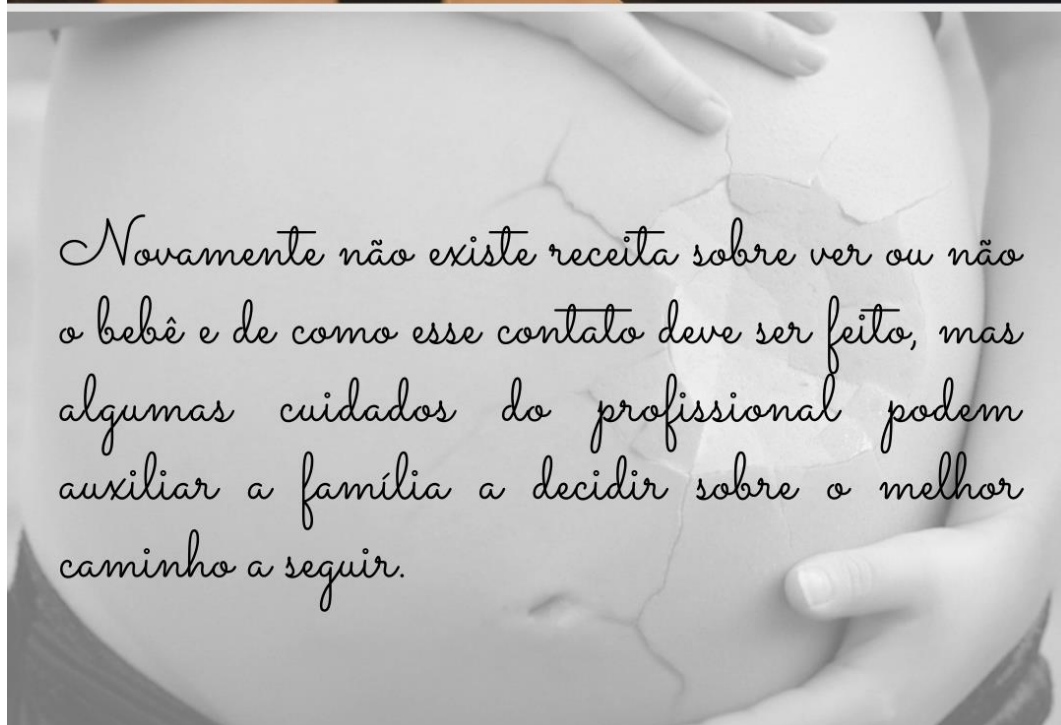
Esse cuidado deve ser dado não apenas aos aspectos orgânicos e fisiológicos do parto, mas também para as reações e necessidades emocionais da mãe.

22

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem



23

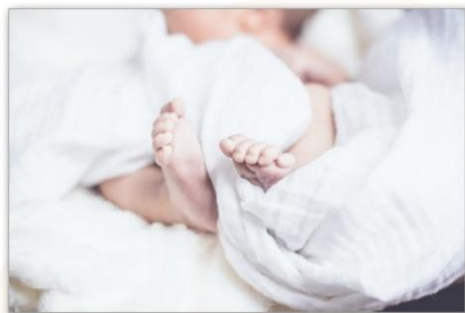


Novamente não existe receita sobre ver ou não o bebê e de como esse contato deve ser feito, mas algumas cuidados do profissional podem auxiliar a família a decidir sobre o melhor caminho a seguir.

Eu devo estimular a mãe a ver seu bebê?

Desde que não seja uma imposição, é importante que a mãe seja estimulada a ter o contato físico e/ou visual com o bebê. Isso pode ajudar na elaboração da perda.

O luto só pode ser elaborado quando a perda é concretizada. Algumas mães podem fantasiar que houve um engano da equipe de saúde e que o filho está vivo, ver e se despedir do bebê pode ajudar na elaboração do luto.



25

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Ela deve pegá-lo no colo?

Essa também deve ser uma escolha da mãe, a qual devemos ter paciência e sensibilidade.

Algumas mulheres precisarão de mais tempo com o filho em seus braços. Respeite isso promovendo um ambiente acolhedor e protegido de interrupções.



26

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Quanto tempo devo deixar o bebê com a família?

Cada mãe têm seu tempo para se despedir do filho e ele nunca deve ser estipulado ou acelerado pelo profissional de saúde sem real necessidade.

Posso deixar os familiares?

Por tratar-se de um momento tão íntimo e triste, é importante que a mãe esteja perto de pessoas que ela escolheu para lhe dar apoio. Coloque-se a disposição e dê privacidade à família, mas evite se afastar por longo período.



27

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem



E se o bebê estiver malformado?

Em geral as malformações são diagnosticadas durante o pré-natal e a família já está ciente. Pergunte o que eles sabem sobre a malformação, se querem e como querem o encontro com o bebê.

Mesmo que haja alterações físicas, é aconselhável que os familiares vejam o bebê, a fantasia dos pais sobre a "deformidade", em geral, é pior do que a realidade.

28

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Quando a mãe não quer ver o bebê

Pode ser que ela não queira vê-lo logo após o parto, ou que esteja esperando alguém da família para acompanhá-la nesse momento.

É importante que equipe não tenha pressa e adie procedimentos hospitalares e/ou funerários, permitindo que mãe e familiares tenham tempo para essa decisão.



29

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem



Muitas vezes, na tentativa de amenizar a dor e consolar a mãe, usamos chavões inadequados.

Em casos de aborto

"Foi melhor assim, ele poderia vir com uma malformação."

Em caso de malformação

"Poderia nascer e não viver. E se visse, poderia sofrer muito."

Em qualquer perda

"Deus sabe o que faz, logo você irá engravidar de novo."

"Você não pode chorar, precisa deixar ele descansar em paz."

A photograph of a hand holding a pen, writing on a document. The background is blurred, showing what appears to be a desk or office setting. The text 'Informações legais e burocráticas' is overlaid on the image in a white, cursive font.

Informações legais e burocráticas

O serviço social

Cabe à equipe do Serviço Social do Hospital fornecer todas as informações e orientar os pais sobre os procedimentos burocráticos e legais após o óbito. No entanto, é interessante que os profissionais de saúde da maternidade tenham conhecimento sobre as regras e ações burocráticas que serão necessárias após o óbito de um bebê.

33

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Declaração e certidão de óbito

A declaração de óbito (que também pode ser chamada de atestado de óbito) é um informativo sobre a ocorrência da morte e que será usada para a emissão da certidão de óbito que é um documento oficial e gratuito.

A emissão da declaração de óbito é obrigatória:

- em caso de bebês que nascem vivos, mas que falecem logo após o nascimento, sem importar o tempo de gestação, o peso do recém-nascido ou o tempo de permanência vivo;
- em situações de óbito fetal, desde que a gestação tenha tido duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto tenha tido peso igual ou superior a 500 gramas, ou ainda estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Nos casos de óbito fetal que não atendam essas características, a emissão da declaração apenas poderá ser realizada caso a família deseje fazer o sepultamento.

34

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Necropsia

De acordo com o Ministério da Saúde é necessária realização de necropsia com emissão de Declaração de Óbito para fetos que vieram a óbito intrauterino, sem causa definida, com peso igual ou acima de 500g, 22 semanas de gestação ou 25 cm de comprimento.

Velório, enterro e cremação

O sepultamento ou cremação é obrigatório somente quando o bebê morre a partir de 20 semanas de gestação.

A opção por velar o corpo, sepultar ou cremar, é uma decisão dos pais, que irão levar em consideração os custos, a religião e as tradições da família para fazer essa escolha.

Existem leis que garantem a gratuidade do serviço funerário quando a família não possui condições de arcar com as despesas.

35

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

Licença- maternidade

A licença-maternidade é um direito previsto na CLT para todas as mulheres que trabalham e contribuem para o INSS.

Em caso de aborto precoce e morte do bebê antes de 23 semanas (ou antes de atingir 500 gramas), a mãe tem direito a duas semanas de afastamento e licença maternidade neste período, que deve ser solicitada em uma Agência de Previdência Social.

Mães que perdem seus bebês durante o parto, ou de morte intrauterina após a 23ª semana de gestação, têm direito aos 120 dias de licença-maternidade.

A mãe que perde seu bebê na UTI Neonatal mantém seu direito à licença integral.

Caso a mãe seja Microempreendedora Individual (MEI) e tenha contribuído por pelo menos 10 meses, ela também terá direito ao salário-maternidade por 120 dias.

Bibliografia

<https://www.gruposobreviver.com.br>

<http://www.cremesp.org.br>

Imagens: Freepik e Pixabay

37

Lidando com o luto na maternidade: orientações aos profissionais de enfermagem

