**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MÁRCIA MARIA COELHO RODRIGUES

A EXPERIÊNCIA DA MÃE POR TER UM FILHO NATIMORTO

**SÃO PAULO
2009**

MÁRCIA MARIA COELHO RODRIGUES

A EXPERIÊNCIA DA MÃE POR TER UM FILHO NATIMORTO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem Pediátrica

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina
Szylił Bousso

SÃO PAULO
2009

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

**Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Rodrigues, Márcia Maria Coelho.

A experiência da mãe por ter um filho natimorto / Márcia
Maria Coelho Rodrigues. – São Paulo, 2009.
78 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Univer-
sidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Szytlić Bousso.

1. Luto (estado emocional) 2. Mães (enfermagem) 3. Feto
4. Atitudes frente à morte. I. Título.

Nome: Márcia Maria Coelho Rodrigues

Título: A experiência da mãe por ter um filho natimorto

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

DEDICATÓRIA

*Ao meu marido, companheiro e incentivador desse meu
trabalho, dedico com meu amor.*

*Aos meus filhos queridos, Pedro e Sofia, pelo amor e
carinho que cultivam dia após dia na minha vida.*

*Às minhas filhas Luíza † e Ana Elisa † que acompanhadas
do silêncio vieram me conhecer.*

AGRADECIMENTOS

À orientadora e amiga, Prof.^a Dr.^a Regina Szylit Bousso, pela competência e respeito com que conduziu este processo, das idéias iniciais até a sua conclusão.

Aos professores da Universidade de São Paulo, Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo, Prof.^a Dr.^a Lisabelle Mariano Rossato, Prof.^a Dr.^a Maria Júlia Kovács, Prof.^a Dr.^a Ana Cristina d'Andretta Tanaka, Prof.^a Dr.^a Carmen Simone Grilo Diniz e, da Universidade Estadual de Campinas, Prof.^a Dr.^a Antonieta Keiko Kakuda Shimo, pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento das minhas investigações sobre o tema de pesquisa.

A todas as colegas e amigas do grupo de pesquisa NIPPEL (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Perdas e Luto) pela constante presença e boas idéias na realização desse trabalho.

Às Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro e Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda pelas importantes sugestões no Exame de Qualificação.

Ao médico e amigo, Dr. Carlos Alberto Politano, pela competência profissional e indicação dos meios competentes para a realização dessa pesquisa.

À prima Dra. Marta Regina Coelho Rabello de Lima, por sua valiosa ajuda para viabilizar os contatos com as mães participantes nesta pesquisa e às Agentes de Saúde do Município de Campinas, que, de forma competente, tanto me auxiliaram no primeiro contato com as mães de filho natimorto.

À Secretaria de Saúde de Campinas pela fundamental contribuição do acesso ao banco de dados de natimortos do município de Campinas.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa de mestrado.

E, finalmente, aos meus queridos pais pela presença constante ao meu lado.

My dear daughter,

In this very difficult time, we want to say goodbye with a few words.

Together, we enjoyed many unforgettable days. Since we knew you were coming. We enjoyed the “good new” and loved you very much, calling you by your name, Luiza, that we chose so carefully and with so much love.

You will always be in our hearts. You came to stay with us for a short time, but will be loved forever and we will never forget you and the time we spent together. You are wonderful.

Thank you, darling, for those happy days you provided us and stay with God. He will take care of you.

See you one day!

Your brother, your Mummy and your Daddy.

(pai enlutado pela filha natimorto. Inglaterra, maio de 1994)

Rodrigues MMC. A experiência da mãe por ter um filho natimorto [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

Natimorto é a morte do produto da gestação, antes da expulsão do corpo materno. Para a mãe, a notícia da morte do filho ainda durante o período da gestação é traumática que, na expectativa de uma vida, encontra o desespero e a tristeza. Este estudo teve como objetivo compreender a experiência da mãe diante do filho natimorto. O referencial teórico adotado foi a teoria do luto e como referencial metodológico, o interacionismo interpretativo para análise das narrativas das nove mães que passaram pela experiência de ter um filho natimorto. Os eventos que marcaram a história das mães neste cenário foram: **SENDO SURPREENDIDA PELA MÁ NOTÍCIA, TENDO UM PARTO SEM SENTIDO, SAINDO DE MÃOS VAZIAS E ENFRENTANDO O LUTO SOCIAL.** Os dados analisados possibilitaram a compreensão da experiência das mães diante da morte de seu filho durante a gravidez. A morte do bebê no final da gestação, quando caracterizado como natimorto, é incompreensível para a mãe. Ela fica exausta, tem uma profunda dor emocional, acompanhada de um sentimento de vulnerabilidade que a impede de pensar no futuro ou na possibilidade de uma nova gestação. Ver o filho natimorto é um momento significativo e nem sempre a mãe consegue verbalizar o desejo de conhecer, tocar, segurar no colo o seu filho que agora está morto. O processo de luto é vivido de maneira solitária, porque sua tristeza não é compartilhada com a família e amigos, havendo uma preferência para o isolamento devido sentir-se envergonhada por não ter conseguido gerar um filho sadio e por chorar o tempo inteiro. O estudo reforça a necessidade de inserção de informações e conhecimentos dos profissionais de saúde, ainda no ensino de graduação, acerca do processo de luto pertinente a essas mães para oferecer-lhes

algum controle sobre a experiência, resgatando, assim, sua autonomia e propiciando-lhes a prevenção de sua saúde física e mental.

PALAVRAS CHAVES: família (ou mãe), perinatal (ou *stillbirth* ou natimorto) e *grief* (ou luto)

Rodrigues MMC. The mother's experience of having a stillborn child. [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

ABSTRACT

Stillbirth is the death of the product of gestation, before the expulsion of the maternal body. For the mother, the news of his son's death during the period of pregnancy is traumatic, since instead of an expectation of a life, she finds desperation and sadness. This research aimed to understand the mother's experience of having a stillbirth child. The theoretical framework adopted was the grief theory. Interpretative Interactionism was the methodological referential for the biographical narrative analysis of nine mothers who had the experience of having a stillbirth child. The events that determined the mothers history in this scenario were: **BEING SURPRISED BY THE BAD NEWS, GIVING A NON SENSE BIRTH, LEAVING WITH EMPTY HANDS AND FACING THE SOCIAL MOURNING**. The analyzed data enabled an understanding of mothers' experience face to death of her child during pregnancy. The death of the baby in late pregnancy, when characterized as a stillbirth, is incomprehensible to the mother. She becomes exhausted, has a deep emotional pain, followed by a feeling of vulnerability that prevents her from thinking about the future or the possibility of a new pregnancy. To see the stillbirth child is a significant moment and not always the mother can verbalize her desire to know, to touch, to hold her child who is now dead. The grieving process is experienced in a lonely way, since her sadness is not shared with family and friends. They prefer to be alone due to feeling shame for failing to produce a healthy child and they cry all the time. The study reinforces that it is necessary to insert information and knowledge concerning the grief process relevant to these mothers to health professionals, even in

undergraduate courses. This would allow them to give those mother some control over the experience, thus recovering their autonomy and allowing them to prevent their physical and mental health.

KEYWORD: family (or mother), perinatal (or stillbirth) and grief

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA	20
1.1.1 A mãe e o diagnóstico do óbito fetal.....	21
1.1.2 A mãe e suas necessidades de suporte	22
1.1.3 O óbito fetal e cuidado da mãe	24
2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVO.....	29
3 REFERENCIAIS TEÓRICO E METODOLÓGICO	32
3.1 TEORIA DO LUTO COMO REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
3.2 INTERACIONISMO INTERPRETATIVO COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	35
3.3 REALIZANDO A PESQUISA.....	38
3.3.1 Participantes	38
3.3.2 Características dos participantes	40
4 RESULTADOS.....	44
5 DISCUSSÃO.....	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS.....	75

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO¹

Natimorto / nascido morto ou óbito fetal é a morte do produto da gestação, antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno. O produto da concepção deverá possuir idade gestacional a partir 22 semanas completas, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500 g ou estatura a partir de 25 cm (Brasil, 2004).

O natimorto está inserido no contexto da morte perinatal, que, por sua vez, engloba os óbitos fetais e neonatais precoces (neomortalidade, até sete dias após o nascimento). No mundo, acontecem cerca de 3,7 milhões de mortes no período neonatal e três milhões de natimortos. Nos países em desenvolvimento, onde 90% dos nascimentos são registrados, ocorrem 98% das mortes (WHO, 2004).

No Brasil, a incidência da morte perinatal foi de 8,8 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto a taxa de morte neonatal foi de 10,45 para cada grupo de mil e a pós-neonatal foi de 4,59 (Folha de S. Paulo [periódico na Internet]. 2003 jun. 16). Enquanto isso, o dado do Anuário Estatístico de Saúde do Brasil apontou, com tendência constante à queda da mortalidade infantil, o índice de 31,8 óbitos por mil nascidos vivos, com maior participação do componente neonatal (20,1 por mil).

Apesar do declínio das mortalidades perinatal e infantil em todas as regiões do Brasil, os valores médios ainda são elevados, sendo as maiores taxas no Nordeste (52,4) e as menores nos Estados das regiões Sul e Sudeste. Segundo Rodrigues (2002), esta incidência é um indicador de saúde, pois reflete as precariedades do sistema de saúde e saneamento básico de uma sociedade e indica também o grau de desenvolvimento social de uma região ao refletir aspectos relacionados às condições de moradia e educação.

¹ A revisão de língua portuguesa desta dissertação contempla as novas regras do acordo ortográfico

Os fatores de risco mais comuns noticiados sobre a morte perinatal são em decorrência de problemas da gestação e do parto, como: descolamento da placenta, prematuridade, asfixia intrauterina e intraparto, baixo peso ao nascer e infecções (Lansky, França, Leal, 2002). Entretanto, as mães, quando lhes foram feitas perguntas sobre as causas do óbito de seu filho no período perinatal, as relataram de maneira diferente do que estava registrado na declaração de óbito. Elas as atribuíram à negligência, falta de atenção, não-valorização da queixa, displicência e demora na realização das intervenções (Goulart, Somarriba, Xavier, 2005).

Segundo os estudos na área de saúde pública, os resultados dos óbitos perinatais no Brasil estão interligados às falhas no sistema de saúde e diferenças no acesso e qualidade da assistência. A precariedade dos serviços de saúde está relacionada tanto com insuficiência de leitos quanto com baixa qualidade dos equipamentos e serviços prestados. Lansky, França e Leal (2002) concluíram em seu estudo que 40% dos óbitos perinatais e 60% dos neonatais poderiam ter sido evitados se houvesse melhor assistência à gestante.

Assim sendo, afigurou-se como uma constante, na maior parte dos depoimentos dos pais que tiveram a perda perinatal, o reconhecimento de que elevadas taxas de mortalidade perinatal estavam intimamente relacionadas com o desempenho dos serviços de saúde. Os autores destacaram a responsabilidade aos gestores da saúde, no sentido de promoverem acesso oportuno a serviços de qualidade para a população (Caetano, 2002; Lansky, França, Leal, 2002; Goulart, Somarriba, Xavier, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2004) disponibilizou o Manual dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal, com o objetivo de estruturar a vigilância dos óbitos infantis em âmbito nacional. As iniciativas locais (estaduais e municipais) para a redução das mortalidades infantil e fetal apontam a estruturação de Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, de acordo com sua realidade, interesse e condições de operacionalização. Estes Comitês são organismos interinstitucionais, de

caráter eminentemente educativo, reunindo instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com a participação multiprofissional, cuja atribuição é: identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais. Constituem-se como importante instrumento de avaliação da assistência de saúde, para subsidiar as políticas públicas e ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e redução da mortalidade.

A notícia da morte do filho ainda durante o período da gestação é traumática para a família (Armstrong, 2004), que, na expectativa de uma vida, encontra o desespero e a tristeza (Radestad et al., 1996).

O filho anuncia sua existência aos pais muito antes do nascimento e os projetos e expectativas destes pais preparam o lugar para receber o futuro filho, segundo Piccinini et al. (2004). Os autores examinaram cinco categorias temáticas quanto às expectativas e sentimentos das gestantes. São elas:

- 1 **Sexo do Filho:** A maioria das gestantes possui crença definida de que o filho seria de determinado sexo, antes da sua confirmação no exame de ultrassom.
- 2 **Nome do Filho:** Aparece como ligado às características do próprio nome escolhido e ao que este lhes lembrava.
- 3 **Características Psicológicas do Filho:** Relacionam que os filhos terão características psicológicas semelhantes às dos genitores.
- 4 **Interação Mãe e Filho:** A maior parte das gestantes disse que a interação ocorre através de si mesmas, especialmente por meio de conversas; além disso, foi percebida por meio de movimentos fetais como uma forma de comunicação da dupla.
- 5 **Saúde do Filho:** Sugere maior preocupação quanto à malformação do filho.

Um filho que nasce morto é uma inversão da ordem natural dos eventos de uma família e completamente fora de lugar no ciclo da vida, sendo gerador de estresse (Brown, 1995).

Martins et al. (1998), entrevistando 13 pacientes internadas devido à morte do feto durante a gravidez, identificaram que os sentimentos e comportamentos que surgiram dessas mulheres coincidiram com situações de perdas em geral: impotência diante da morte, sensação de injustiça frente à notícia da morte (esforço e sacrifício não valeram a pena), o fato de ficarem abaladas e assustadas diante da notícia do óbito, perdas vistas como algo que dificilmente esquecerão, depressão, ansiedade, culpa e presença de imagem do falecido (ainda ouvir o choro do filho). Nos resultados apresentados pelos autores, as mulheres apresentaram dúvidas em relação à causa da morte do filho. Com base nisto, foram evidenciadas as necessidades de melhor orientação às gestantes sobre o estado físico do filho e também de oferecer à família a decisão de ver ou não o bebê morto.

Kennell, Slyter e Klaus (1970) realizaram o primeiro estudo, na literatura inglesa, sobre as reações dos pais à perda de um filho durante o período perinatal. Foram entrevistadas 24 mães que perderam seus filhos após o intervalo de três a 22 semanas do óbito e identificadas as seguintes reações: tristeza, perda de apetite, insônia, preocupações com pensamentos sobre o filho e perda dos padrões normais de comportamento. Além disso, os autores expressaram na conclusão da pesquisa que os profissionais da saúde deveriam conversar sobre o óbito do filho com seus respectivos pais, comportamento não-usual naquela época.

Outro autor que ressaltou a importância da pesquisa nessa área foi o psiquiatra Emanuel Lewis (1976), da Tavistock Clinic, Inglaterra, quando, no atendimento às mulheres que perderam seus filhos no término da gravidez, relataram que foram poupadas de ver e tocar o filho morto pela equipe de saúde que as atendia. Além disso, nos hospitais, elas ficavam isoladas e recebiam alta o quanto antes. Quando voltavam às suas residências, familiares e amigos procuravam não comentar o ocorrido, existindo, assim, uma conspiração do silêncio. Os sentimentos delas, segundo o psiquiatra, eram, muitas vezes, de vergonha e culpa pela morte de seu filho, associadas com a derrota por não terem dado à luz. Assim, o autor afirma que o bebê tornou-se um não-evento, como forma de negar a sua existência e o ocorrido. Com fundamento nisso, as lembranças da existência do bebê farão

parte da memória dos pais e, conseqüentemente, são positivas para o processo de luto deles.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) apresenta diretrizes de conduta para profissionais da área médica e enfermeiras obstétricas no caso de complicações na gravidez e nascimento, onde menciona os casos de mortes intrauterina e natimorto. Estas diretrizes, que caracterizam alguns fatores que influenciam as reações da mãe à perda de seu filho, estão mencionadas a seguir:

- Sua história prévia de vida e obstétrica.
- O quanto o filho era desejado.
- Os eventos que acompanharam o nascimento e a causa da morte.
- Experiências prévias de perda por morte.

Oferecem, ainda, alguma diretriz a respeito de atitudes a serem tomadas na hora da morte e depois dela.

Na hora da morte:

- Evitar sedar a mulher para ajudá-la a enfrentar a situação. A sedação pode retardar a aceitação da morte e fazê-la reviver a situação posteriormente de modo mais complicado.
- Permitir que os pais vejam os esforços feitos pela equipe de saúde para reanimar o filho.
- Encorajar a mãe / casal a ver e segurar o filho natimorto para facilitar o luto.
- Preparar os pais para possível aparência inesperada do filho natimorto (vermelho, roxo ou com pele descamada). Se necessário, arrumar o natimorto de modo que pareça o mais normal possível.
- Evitar separar a mãe do filho muito rápido (antes que ela diga que está pronta para a separação). Isso pode interferir ou prolongar o processo de luto.

Depois da morte:

- Conceder que os membros da família continuem passando algum tempo com o filho natimorto.
- As pessoas ficam enlutadas de maneiras diferentes, mas, para muitas, as lembranças são importantes. Ofereça à família pequenas lembranças, como: mecha de cabelo, pulseira ou placa com o nome do filho.
- Como é costume dar nome aos filhos recém-nascidos, encoraje a família a chamá-lo pelo nome.
- Permita-lhe prepará-lo para o funeral se assim o desejarem.
- Encoraje a família a praticar o rito fúnebre que tem por hábito e assegure-os que os procedimentos médicos não interferirão.
- Converse com os pais para esclarecer o acontecimento e possíveis medidas preventivas para o futuro.

A formação em Psicologia e a experiência pessoal de ser mãe de um filho natimorto na época que estava residindo na Inglaterra foram os alicerces de minha motivação para buscar reflexões a respeito das mães que passam pela experiência de ter um filho natimorto. Com este trabalho, será possível acrescentar conhecimento para as equipes de saúde que estão nas maternidades e, conseqüentemente, oferecer às mães um cuidado adequado à sua experiência de ter tido um filho natimorto.

1.1 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA

A seguir, apresentar-se-á como a literatura vem respondendo as questões relacionadas com o enfrentamento do óbito fetal. Foram explorados os estudos no período de 2002 a 2008, através dos bancos de dados Lilacs, Cochrane, Medline Ovid e Teses Psi, com as seguintes palavras-chave: família (ou mãe), perinatal (ou *stillbirth* ou natimorto) e *grief*

(ou luto). Foram selecionados 18 trabalhos e descartados aqueles que não descreviam o enfrentamento das mães que perderam o filho no período perinatal.

Optou-se por ordenar a produção científica em categorias que contemplam a temática dos estudos.

1.1.1 A mãe e o diagnóstico do óbito fetal

O diagnóstico do óbito fetal, no momento que a expectativa da mãe era vida, foi vivenciado como uma notícia devastadora e seu impacto chegou a atingir todos os membros da família, como apontou Carneiro (2006). As autoras entrevistaram famílias que passaram pela experiência de um filho natimorto. Nos resultados do estudo foram evidenciadas as desigualdades dos sentimentos de completude experimentadas durante a gravidez em contraste ao sentimento de vazio e desespero depois da morte do bebê.

Quanto ao momento apropriado para dar o diagnóstico da morte do bebê, Silva (2002) observaram um consenso geral entre o relato das mães e a prática descrita pelos profissionais: a notícia deve ser dada logo após o acontecido, salvo nos casos em que a mãe não esteja bem da saúde.

No estudo de Säfllund, Sjögren e Wredling (2004), realizado em dois hospitais em Estocolmo, Suécia, os pais demonstraram a necessidade de uma orientação desde a notícia da morte do bebê até a sua aproximação. Eles afirmaram a importância das informações sobre o que irá acontecer durante o parto do filho morto e a chance de participar das decisões (Trulsson, Radestad, 2004; Säfllund, Sjögren, Wredling, 2004; Badenhorst et al., 2006). Os autores descreveram uma reviravolta e um estresse psicológico por parte dos pais frente ao diagnóstico da morte do filho e consideraram importante oferecer oportunidades aos familiares, amigos e outros profissionais para o compartilhamento do evento. Trulsson e Radestad (2004) observaram, ainda, que alguns deles preferiram voltar para

suas casas após o diagnóstico do óbito, para retornarem somente no dia seguinte para o início da indução do parto.

1.1.2 A mãe e suas necessidades de suporte

Os pais, frente à morte do filho no período perinatal, necessitam de suporte para as suas necessidades. Callister (2006) destacou em seu estudo que eles precisam compartilhar a sua perda, os rituais relacionados a ela através da história, e do reconhecimento social.

Segundo Doka (2002), o luto tem um papel social, porque o enlutado deve corresponder a alguns critérios de reconhecimento social sobre a origem da perda e o vínculo que existia entre o enlutado e a pessoa que morreu. O silêncio para não falar sobre o morto, por exemplo, muito comum por parte das pessoas que estão ao redor das famílias enlutadas, pode dar uma conotação de que a morte de um bebê não deve ser considerada como significativa, afinal, “ele” não foi apresentado socialmente. O autor nomeou este fenômeno de *“disenfranchised grief”* ou lutos que possuem características de uma perda não reconhecida socialmente e, assim, não merecendo o seu suporte.

Em outro estudo, os pais registram que gostariam de possuir, ao menos, um documento com o nome do bebê como prova de sua existência, porque na declaração de óbito ele é nomeado como Natimorto e não pelo nome que os pais lhe dariam (Carneiro, 2006). A Lei Federal nº 6.216, de 30 de junho de 1975, dispõe sobre os registros públicos e considera que o registro de bebês natimortos é feito em livro especial, não constando do mesmo o nome do feto. Portanto, o natimorto não tem uma certidão de nascimento.

Com a intenção de avaliarem os efeitos da promoção de qualquer forma de suporte e/ou aconselhamento a partir de médicos, enfermeiros, assistentes sociais ou psicólogos para mães e familiares, Chambers e Chan

(2006) realizaram uma revisão sistemática. O estudo foi feito com a base de dados da Fundação Cochrane, explorando estudos randomizados específicos nos vários tipos de suportes para as necessidades das famílias enlutadas com a perda do filho no período perinatal. Na conclusão, os autores mencionam que se pode fazer muito para ajudar uma família enlutada a lidar com sua perda e se recuperar do sofrimento. O grau de ajuda dependeu da importância vinculada ao treinamento dos profissionais nessa área, tanto na maternidade quanto na comunidade. Porém, o processo do luto decorrente da perda esteve ligado à experiência de vida de cada membro da família, das circunstâncias da morte e da eficácia da rede de apoio ao seu redor. Por outro lado, não confirmaram informações mediante pesquisas randomizadas, que indicassem o benefício do suporte psicológico ou de aconselhamento após a perda no período perinatal.

Com o foco no modelo de assistência para o suporte às famílias, Gold, Dalton e Schwenk (2007) fizeram uma revisão da literatura buscando estudos com famílias após a experiência de perder um filho no período perinatal. Os trabalhos coletados foram do período de 1966 a 2006, na sua maioria, com base na pesquisa qualitativa, e foram excluídos aqueles que não se referiam aos hospitais americanos. Os autores constataram que os pais possuíam diferentes ideias a respeito do tempo ideal para realizarem o parto, a localização do pós-parto e o apropriado nível do controle da dor durante os procedimentos para o parto. Mas eles concordaram que poderiam ter tido a oportunidade de escolher os procedimentos, mas raramente eram consultados. Um número expressivo de pais pôde ver e tocar seus filhos mortos. Eles reclamaram não terem tido conhecimento do laudo da autópsia, desconhecendo, portanto, o real motivo da morte de seu filho. Além disso, desejaram um relacionamento de confiança com os profissionais da saúde e descreveram várias condutas durante os eventos que foram importantes, segundo Sjöflund, Sjögren e Wredling (2004). Os seis comentários mais importantes foram:

- 1 Suporte no “caos”.
- 2 Suporte no encontro e separação com o bebê morto.
- 3 Suporte ao luto.

- 4 Explicação sobre o bebê morto.
- 5 Organização da ajuda.
- 6 Entendimento sobre a natureza da tristeza.

Os pais também expressaram a importância de fazer o ultrassom e um *checkup* no departamento neonatal para futura gravidez.

Quanto às diferenças entre os sexos, em uma família que passou pela experiência do óbito perinatal, as mães apresentaram com maior frequência que os pais comportamentos com reflexos sociais, dificuldade com a rotina, depressão, angústia, solidão e tristeza devido à perda. Estes dados constam em estudos que utilizaram as escalas psicométricas: Perinatal Grief Scale–33 (escala reduzida), The Impact of Event Scale e Studies Depression Scale (Barr, 2006; Armstrong, 2004). Ainda de acordo com Armstrong (2004), elas revelaram, ainda, os sintomas de depressão e ansiedade durante a gravidez seguinte.

Estudos elaborados no Brasil comprovam que as mulheres que perderam filhos no período perinatal expressaram a necessidade de uma rede social de apoio, no sentido de ajudá-las a superar a experiência vivida com tanto sofrimento. Elas contaram com apoio da família e da Igreja (Santos, Rosenburg, Buralli, 2004). Os pais, no estudo de Carneiro (2006), responsabilizam a equipe médica pela morte do bebê.

1.1.3 O óbito fetal e cuidado da mãe

Os pais, quando estão vivenciando o óbito fetal, tornam-se vulneráveis e carecem de cuidados. A intervenção dos profissionais da saúde tem de apresentar as seguintes características: valorizar a perda para a família, oferecer-lhe suporte e dar existência às memórias positivas, com rituais de perdas (Capítulo, 2005). Todavia, Silva (2002), em estudo entrevistando os profissionais de saúde, declararam que estes não se consideravam preparados para lidar com as questões relacionadas à morte,

ficando, assim, prejudicada a assistência dada àqueles que perderam seus filhos no período perinatal.

Contudo, na literatura, são encontrados modelos de assistência para os profissionais nas maternidades quando ocorre o óbito no período do nascimento. Estes modelos lhes revelam a importância do incentivo à família para olhar o bebê morto e, se possível, tocá-lo e carregá-lo, dar-lhe nome e realizar o funeral. Os modelos recomendam que sejam tiradas fotografias do bebê, tendo em vista que elas fornecem evidências concretas da realidade, da existência e da sua perda; assim, a família terá o registro de uma pessoa para se lembrar e as memórias podem contribuir para o processo de luto; aconselham também que se deve marcar hora com a família para lhe oferecer os resultados da necropsia e responder-lhe as perguntas sobre as causas da morte do bebê. Além disso, os autores apontam para a importância da abordagem assistencial informada e cordial, ajudando no processo de recuperação após o óbito fetal (Säflund, Sjögren, Wredling, 2004; Enkin et al., 2005).

Gold, Dalton e Schwenk (2007) fizeram cinco recomendações direcionadas aos hospitais para assistência aos pacientes após a experiência de perder um filho no período perinatal. Foram elas:

- 1** Obter fotos e recordações do filho falecido.
- 2** Mostrá-lo aos pais para que eles possam olhá-lo e carregá-lo nos braços.
- 3** Prover opções aos pais no momento do pré-parto, parto e pós-parto.
- 4** Realizar autópsia para dar maiores informações aos pais sobre as causas da morte.
- 5** Orientar os pais para o serviço de funeral.

No entanto, na opinião de Hutti (2005), não deve ser permitido um modelo de assistência rígido aos pais que perdem seus filhos no período perinatal, porque cada família deve ser atendida particularmente e lhes serem oferecidas intervenções com base no repertório de suas necessidades. Os efetivos suportes social e profissional devem ser em

paralelo às necessidades e expectativas das pessoas que irão usufruí-las, ou seja, respeitar os desejos dos pais.

Hughes et al. (2002) e Hughes e Riches (2003) ao estudarem os sintomas psicológicos dos pais após a morte do filho no período perinatal, evidenciaram que eles, quando não vêem o filho morto, apresentam menores incidências para os sintomas psicológicos e, igualmente, menores prováveis prejuízos psicológicos na próxima gravidez.

Por outro lado, foi representativo que para a maioria dos pais que viu os filhos, a experiência foi valiosa e aqueles que não os viram arrependeram-se depois (Gold, Dalton, Schwenk, 2007). Este arrependimento foi também encontrado no trabalho de Silva (2002) durante os depoimentos das mães que não tiveram a oportunidade de ver seus bebês depois de mortos daquelas que a tiveram, mas optaram por não vê-los.

Assim, embora existam modelos na literatura para a orientação dos profissionais nos hospitais, no caso da morte após a gravidez, é evidente que os hospitais, médicos e enfermeiros precisam melhorar sua conduta profissional para atender as necessidades de cada família (Gold, Dalton, Schwenk, 2007).

Com a intenção de conhecer a forma de atendimento oferecido para as mães que tiveram o filho natimorto em uma metrópole, realizou-se um estudo exploratório, em 2006, com o firme propósito de conhecer como as mães dos bebês que foram a óbito tinham sido assistidas pelas equipes de saúde. O estudo envolveu os 14 hospitais que possuem maternidade no município de Campinas (São Paulo). A coleta de informações ocorreu através de contato telefônico e/ou eventuais visitas com profissionais da área de saúde, com nível superior, que trabalham em unidades de internação e que vivenciam óbitos de bebês em maternidades. Em todos estes hospitais, as respostas dos participantes da pesquisa expressaram que, de forma geral, as mães eram colocadas em quartos comuns até o dia da sua alta. Apenas uma maternidade era oferecida aos pais, caso

desejassem um horário com a psicóloga para atendimento individual. Em outra maternidade, eles foram convidados para ouvir o laudo médico com mais detalhes e as causas do óbito do bebê após autópsia autorizada pela família, porque possuíam um protocolo, publicado, direcionado às necessidades dos familiares de recém-nascidos com o seguinte prognóstico: ruim ou óbito.

Costa et al. (2003) relacionam alguns princípios norteadores de conduta para os profissionais. São eles:

- Assegurar a permanência da família junto ao bebê o maior tempo possível.
- Encorajar o contato do bebê com outros participantes da família.
- Nomear o bebê para o reconhecimento da equipe.
- Assegurar privacidade aos familiares do bebê no processo de luto, oferecendo-lhes um espaço específico na maternidade.
- Colocar à disposição dos pais lembranças significativas da vida do bebê, tais como: pulseirinha de identificação, mecha de cabelo, cartão com o carimbo do pezinho e fotos, dentre outros, coletados em uma “caixa-memória”.
- Disponibilizar apoio espiritual segundo a concordância e opção religiosa dos responsáveis.
- Orientar a família sobre a rotina e os procedimentos na situação do óbito.
- Esclarecer os pais ou responsáveis sobre a necessidade e o procedimento de necropsia, de tal forma que eles possam decidir livremente e não tenham a sensação de estarem sendo pressionados a autorizar o procedimento.
- Proporcionar aos pais o acesso ao resultado da necropsia quando retornarem à maternidade em reunião mensal agendada.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

Após apresentar e analisar as bibliografias disponíveis relacionadas à experiência da mãe diante do filho natimorto, pode-se afirmar que o diagnóstico do óbito fetal está muito presente na memória dessa mãe, como um episódio marcante na sua vida que necessita de suporte social e dos profissionais da saúde.

Além disso, a motivação pelo tema da pesquisa está vinculada à experiência pessoal da autora do estudo de ter tido um filho natimorto e a oportunidade do contato dela com outras mães que passaram pela mesma experiência através da Organização Não-Governamental inglesa chamada Stillbirth and Neonatal Death Charity (SANDS). Tal Organização oferece informações, sobre a experiência da família quando tem um natimorto ou óbito neonatal, aos profissionais de saúde e aos pais que perderam o filho neste período, além do suporte social, assim que avisada pelas maternidades do país. A participação da autora no grupo de suporte foi voluntária, após convite por telefone de mães que tiveram as mesmas experiências no passado. O trabalho realizado pelo SANDS é reconhecido pelos profissionais da área de saúde e que, neste caso em especial, proporcionaram-lhe um cuidado centrado nas necessidades pessoais desta mãe em processo de luto.

Espera-se que este estudo, por meio de informações e depoimentos de mães, possa oferecer aos profissionais da saúde uma compreensão maior da situação da mãe perante o filho natimorto, servindo, assim, para uma prática mais adequada centrada nas necessidades dessa mãe.

Frente a essas considerações, foram levantados os seguintes questionamentos:

- Como é a experiência da mãe diante do filho natimorto?

- Quais são os momentos mais difíceis da experiência de ter um filho natimorto?

Em virtude dos questionamentos apresentados, o presente estudo tem como objetivo compreender a experiência da mãe diante do filho natimorto.

REFERENCIAIS TEÓRICO E METODOLÓGICO

3 REFERENCIAIS TEÓRICO E METODOLÓGICO

Os temas relacionados à morte e ao morrer, ao luto e à perda ganharam nos últimos anos maior atenção por parte dos profissionais de saúde e pesquisadores. A literatura tem demonstrado a ligação entre doenças psiquiátricas e manifestações psicossomáticas decorrentes de um luto mal elaborado, ficando cada vez mais evidente a necessidade de pesquisas que tragam novos conhecimentos sobre os fatores que possam facilitar ou dificultar a elaboração do luto. Por conseguinte, o referencial teórico que norteia o presente trabalho é a Teoria do Luto e o referencial metodológico é o Interacionismo Interpretativo para situar o objetivo de estudo em circunstância histórica da mãe de filho natimorto.

3.1 TEORIA DO LUTO COMO REFERENCIAL TEÓRICO

Luto é um processo normal, dinâmico e individual que permeia todos os aspectos (físico, emocional, social e espiritual) dos sujeitos que experimentam a perda de um ente querido (Jacob, 1993).

O primeiro cientista que fez referência ao luto foi Freud, na sua obra *Luto e melancolia*, em 1917, que aborda esta questão e sua diferença com relação à melancolia, que consiste no luto patológico. Para Freud (1974), o luto é uma reação natural referente à perda de um objeto amado, assim como o momento em que o sujeito desvincula a libido do objeto que foi afastado ou perdido.

Esse processo de desligamento é gradual e demanda um tempo que deve ser respeitado. O luto caracteriza-se por um profundo desânimo e desinteresse pelo mundo externo, também pela perda momentânea da capacidade de amar e a inibição de toda e qualquer atividade (mesmo aquelas que o sujeito antes realizava com prazer). Enquanto a pessoa enlutada retira a libido, anteriormente investida no objeto, e a introjeta em

seu próprio eu, na melancolia (luto patológico) isso não acontece. O melancólico introjeta o objeto perdido em seu próprio eu realizando uma identificação deste com o objeto; desta forma, torna-se difícil definir o motivo do sentimento de pesar, uma vez que o objeto e o eu confundem-se. Assim, o sujeito sabe que perdeu alguém, porém não consegue definir o que perdeu deste alguém. A melancolia compartilha com o luto todas as suas características, com exceção de uma: a brutal diminuição da autoestima do sujeito.

Em sua teoria, Freud (1974) criou o termo “trabalho de luto” baseado na suposição de que o luto é uma tarefa do trabalho psicológico.

A respeito do trabalho de luto, Bowlby (1990) ressalta a sua importância, uma vez que este tem o propósito de reorganizar as representações da pessoa perdida em relação a si próprio. Assim, sua função repercute na tentativa de recuperar a proximidade após a ruptura de um vínculo afetivo forte. O autor afirma que não há um corte no vínculo com o falecido, pois o trabalho de luto enfatiza a importância da continuidade do vínculo com o morto.

De acordo, ainda, com este autor, o trabalho com o luto incorpora o modelo de uma sequência sucessiva de fases flexíveis e que se sobrepõem. São elas: torpor ou aturdimento, anseio e busca da figura perdida, desorganização e desespero e, finalmente, maior ou menor reorganização.

A fase de torpor pode durar de algumas horas até muitos dias. Nesse momento, o enlutado vive uma sensação de entorpecimento diante da notícia da perda. A calma aparente é quebrada por acessos de emoções extremas, como: medo, raiva e exaltação. A negação é um mecanismo utilizado para evitar o contato com um evento de difícil aceitação. Os sentimentos podem ser evitados, também, de forma consciente e deliberada, porque teme ser vencido pela dor ou enlouquecer.

Na fase de anseio e busca da figura perdida, à medida que começa a desenvolver-se a consciência da realidade da perda, o enlutado tenta reaver a pessoa perdida e fica à sua procura, mesmo de forma inconsciente, por meio de manifestações de raiva, choro e protesto. A raiva é provocada tanto

pela frustração por não conseguir reaver a pessoa, como dirigida aos considerados responsáveis pela perda.

Para Parkes (1998), outras características do comportamento de busca são: alarme, tensão e estado de vigília, movimentação inquieta, preocupação com pensamentos sobre a pessoa perdida, desenvolvimento de um conjunto perceptivo para aquela pessoa, perda de interesse na aparência pessoal e em outros assuntos que normalmente ocupariam sua atenção, direção da atenção para aquelas partes do ambiente nas quais a pessoa perdida poderia estar, invocação dela, sensação de sua presença e sonhos com ela.

No momento da fase do desespero, o enlutado reconhece a imutabilidade da perda e que não poderá recuperar a pessoa perdida, vivenciando alguns sentimentos, como: desmotivação pela vida, apatia e depressão.

Com o tempo, tem início a fase de reorganização com a diminuição da depressão e desesperança, maior tolerância às mudanças e o investimento afetivo em novos objetos, que se encontram no meio ambiente, vai se tornando possível.

Worden (1998), outro importante autor, parte do conceito de fase ou estágios propostos por Bowlby (1990) para propor a ideia de tarefas do luto, porque acredita estar dando ao enlutado um papel mais ativo em seu processo de luto e permitindo que ele seja o protagonista de seu próprio restabelecimento. São quatro as tarefas do luto, segundo Worden (1998):

- A primeira é aceitar a realidade da perda de que a pessoa está morta e não retornará. O autor argumenta que a negação da morte é o oposto do esperado e que a execução dos rituais fúnebres tradicionais ajuda as pessoas a assimilarem o fato da morte.
- A segunda é elaborar a dor da perda, quando é preciso reconhecer e elaborar a dor da perda, porque, caso contrário, pode se manifestar por meio de sintomas somáticos ou comportamentos aberrantes.

Idealizar o morto, evitar suas lembranças, fazer uso de álcool ou drogas podem ser maneiras de não completar a segunda tarefa.

- A terceira é ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu.
- A quarta, que é de reposicionar o falecido em sua vida e encontrar meios de lembrar-se dele, consiste em encontrar um lugar novo e apropriado para o falecido em sua vida emocional, transformando sua relação com este reinvestindo na vida.

Os conceitos de fases e tarefas do luto não são excludentes, mas sim complementares, tendo em vista que eles auxiliam compreender a vivência emocional da pessoa enlutada e entender se a elaboração do luto está sendo possível ou não em dado momento.

3.2 INTERACIONISMO INTERPRETATIVO COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO

Na concepção de Denzin (1989), o Interacionismo Interpretativo é uma metodologia qualitativa que reconhece estar na experiência vivendo o significado das ações. Este método foi desenvolvido para coletar descrições de experiências pessoais, com enfoque nas interações humanas problemáticas.

Como método de pesquisa qualitativa, permite múltiplas perspectivas que buscam estudar as pessoas como um todo em seus contextos histórico, biológico e sociocultural, sendo, particularmente, aplicável para pesquisas que situam seu objeto de estudo em circunstâncias históricas.

Para Denzin (1989), esta metodologia busca obter descrições densas e detalhadas de vivências desencadeadoras de significação/ressignificação, alterando o ser no mundo. Normalmente, elas são biograficamente importantes, visto que influem diretamente na forma como o indivíduo interagirá com seu contexto.

Este autor demonstrou, com base nestas considerações, alguns termos definidos:

- **Interpretativo:** Refere-se a explicar o significado, interpretar o ato ou conferir significado.
- **Interação:** É a ação mútua que emerge no contato com o outro. A interação é simbólica, envolvendo o uso da linguagem.
- **Interação problemática:** Sequência interacional que surge a partir do sentido atribuído a uma situação de vida problemática. A cada experiência, as pessoas se autodefinem, bem como definem a relação com os outros.

Assim, o Interacionismo Interpretativo é o ponto de vista que confere significado à interação problemática. Ele trata da expressão e interpretação da experiência humana subjetiva. Cada situação humana é nova, emergente e, frequentemente, com múltiplos, conflitantes significados e interpretações (Mohr, 1997).

Conforme Denzin (1989), este método busca capturar a essência dos significados e suas contradições. No entanto, o significado somente pode ser descoberto quando o sujeito participa do contexto estudado. Consoante este autor, para os Interacionistas Interpretativos alguns momentos deixam marcas profundas na vida das pessoas, possibilitando a transformação das experiências, nas chamadas epifanias, as quais, neste sentido, ocorrem em situações interacionais problemáticas, onde os sujeitos vivenciam momentos de crise.

A partir desta perspectiva, as epifanias: alteram o direcionamento da vida, exercem efeitos nos níveis mais profundos do ser, são lembranças de forma que as experiências possam ser relatadas, ocorrem em situações problemáticas que necessitam ser reconsideradas pelo indivíduo, constituem-se em fenômenos interacionais e se alteram no decorrer do tempo, visto que os significados são atribuídos na interação.

Para analisar os dados coletados das entrevistas, serão seguidas as fases do Interacionismo Interpretativo. São elas:

- 1 **Delimitação da questão:** Requer a habilidade de pensar reflexiva, histórica e biograficamente, formulando uma questão que visa tornar claro, como ocorre o processo da experiência que sofre influência da própria história do pesquisador.
- 2 **Desconstrução do fenômeno:** Propicia uma análise crítica e interpretação de prioridades do fenômeno em questão. Significa deixar claro o conteúdo total do relato, ou seja, aquilo que foi e não foi dito.
- 3 **Apreensão do fenômeno:** Significa que o pesquisador compreende instâncias múltiplas da experiência estudada. Trata da apresentação das biografias, histórias de vida que abordam um fenômeno, com a localização das epifanias, pela obtenção de múltiplas histórias, envolvendo o fenômeno em questão.
- 4 **Redução do fenômeno:** Nesta etapa, o pesquisador procura a chave ou os fatos essenciais do processo examinado. Por conseguinte, localizam-se e se isolam as frases-chave, realizando a interpretação destas, buscando o significado para aquele que as pronunciou, explicitando tal interpretação para, a seguir, examinar o significado das frases e sua conexão com o fenômeno em estudo.
- 5 **Construção do fenômeno:** Descreve as hipóteses para interpretar o evento ou o processo como um todo pela compilação dos fatos de cada caso. Procura-se articular os dados obtidos na fase anterior, com a finalidade de reconstruir a experiência vivida, considerando os elementos constituintes e analíticos extraídos.
- 6 **Contextualização:** É quando o pesquisador reproduz o fenômeno no contexto da experiência vivida. Visa a explicar o sentido e dar o consequente significado ao fenômeno.

Assim, o objetivo desta metodologia é criar um corpo de conhecimentos que ofereça a fundamentação para interpretação e entendimento de uma situação problemática, por meio da compreensão do significado da experiência.

A vivência da morte no final da gravidez é um evento marcante na vida das famílias. Ao se focar tal questão no presente estudo, estar-se-ão possibilitando transformações na significação dos indivíduos de alguma forma, o que poderá gerar o acesso à experiência do outro nessa situação.

3.3 REALIZANDO A PESQUISA

Para que se pudesse alcançar o objetivo aqui proposto, passar-se-á para a etapa de escolha dos participantes, que narraram suas experiências diante do filho natimorto. Então, optou-se por eleger mães que passaram por esta experiência, independente da ordem de nascimento da criança.

3.3.1 Participantes

Os participantes do presente trabalho foram os seguintes: Ser mãe que passou pela experiência de ter um filho natimorto. O período para o contato com as participantes foi após ou superior a seis meses do diagnóstico óbito fetal. Isto porque, segundo Badenhorst (2007), como a morte no período perinatal representa um intenso estresse para a mãe e o pai, é esperado o seu restabelecimento após seis meses da perda, ou seja, seu retorno às atividades normais do cotidiano. Entretanto, não é incomum os pais continuarem com sentimento de estresse por mais meses ou até anos após a perda.

A partir da lista de nomes, dos endereços e números dos telefones fornecidos pelo banco de dados da Secretaria da Saúde de Campinas, as mães foram contatadas e convidadas para participarem do estudo. O primeiro contato ocorreu na residência delas acompanhadas pela agente de saúde do Centro de Saúde correspondente ao seu bairro. Inicialmente, foi-lhes explicado o motivo da visita residencial, bem como a forma de obtenção do seu telefone e nome. Antes de convidá-las para fazerem parte da

pesquisa, elas foram informadas que a participação era voluntária e lhes eram garantidos o anonimato e sigilo absoluto das informações, bem como a liberdade em participar ou não do estudo. Após os devidos esclarecimentos e havendo concordância, foram agendados o local e a hora da entrevista.

As entrevistas foram realizadas no local desejado pelas mães, ou seja, na residência, e utilizado um gravador MP3, objetivando maior garantia dos registros globais dos dados. Antes do início de cada entrevista, novamente, eram comunicadas que a participação no estudo era voluntária e a finalidade do trabalho era conhecer a experiência delas quando vivenciam o óbito fetal.

A seguir, era solicitado que a mãe lesse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Caso não houvesse dúvida, requeria sua autorização formal para iniciar a entrevista.

Neste momento, lhes era transmitido, novamente, que os dados permaneceriam sob a guarda da autora do presente estudo e somente ela e sua orientadora teriam acesso aos mesmos, acrescentando que, se desejassem que os dados não devessem mais ser utilizados, poderiam contatar a pesquisadora, com a certeza da destruição da gravação no MP3 e da transcrição.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista aberta, pois esta é uma estratégia que permite a obtenção de dados qualitativos acerca da experiência de uma pessoa. Foram usadas algumas questões norteadoras, como: *“Me conte como foi a sua experiência de ter perdido um filho no final da gravidez?”*.

Neste instante, era dada oportunidade para a mãe expressar amplamente suas experiências no âmbito pessoal. A seguir, era lançada a segunda questão: *“Conte-me qual foi o momento mais difícil na sua experiência?”*.

Desta forma, puderam ser apreendidas as narrativas densas sobre a experiência da mãe quando vivencia o óbito fetal.

3.3.2 Características dos participantes

- **Mãe 1:** 30 anos, óbito fetal em 15/5/2007, no período gestacional entre 32–36 semanas, quarta gestação, dois filhos vivos e dois natimortos. A causa da morte do bebê não foi especificada, porém a mãe comenta ter tido pressão alta e obesidade durante a gravidez. Atendida pelo Serviço Único de Saúde (SUS), com renda familiar de dois salários mínimos. Emocionada durante a entrevista, refere-se a Deus e às pessoas da família para o seu conforto. Daniel é o nome do filho natimorto e no futuro não terá outro filho.
- **Mãe 2:** 28 anos, óbito fetal em 14/3/2008, no período gestacional entre 32–36 semanas, primeira gestação (gemelar B), um filho vivo e um natimorto. A causa da morte do bebê não foi especificada, porém a mãe comenta ter ficado internada na maternidade durante a gravidez. Atendida pelo Serviço Único de Saúde (SUS). Apresentou depressão pós-parto durante oito meses, não conseguindo cuidar da sua filha. Emocionada, chora durante a entrevista. Gabriela é o nome do filho natimorto e no futuro não deseja filhos.
- **Mãe 3:** 34 anos, óbito fetal em 9/6/2008, no período gestacional entre 37–41 semanas, segunda gestação, um filho vivo e um natimorto. A causa da morte do bebê não foi especificada. Atendida pelo SUS, com renda familiar de dois salários mínimos. Emocionada durante a entrevista, queixa-se das dores do parto induzido. Rafael é o nome do filho natimorto e no futuro deseja filhos.
- **Mãe 4:** 19 anos, óbito fetal em 9/2/2007, no período gestacional entre 32–36 semanas, primeira gestação (gemelar B), um filho vivo e um natimorto. A causa da morte do bebê não foi especificada. Atendida pelo Serviço Único de Saúde (SUS). Emocionada, fica com a filha no colo durante a entrevista. Camila é o nome do filho natimorto e no futuro deseja filhos.

- **Mãe 5:** 27 anos, óbito fetal em 8/12/2007, no período gestacional de 18 semanas e com 600 gramas de peso, segunda gestação, um filho vivo e um natimorto. A causa da morte do bebê não foi especificada. Atendida pelo SUS, com renda familiar de um salário mínimo e meio. Emocionada, não sabia que estava grávida. Não tinha nome para o filho natimorto e no futuro deseja filhos.
- **Mãe 6:** 19 anos, óbito fetal em 31/12/2008, no período gestacional entre 37-41 semanas, primeira gestação. A causa da morte do bebê não foi especificada. Atendida pelo SUS, com renda familiar de dois salários mínimos. Emocionada, chora durante a entrevista. Pietro Gabriel é o nome do filho natimorto e deseja aguarda para ter mais filhos.
- **Mãe 7:** 33 anos, óbito fetal em 15/6/2008, no período gestacional entre 32-36 semanas, primeira gestação. A causa da morte do bebê não foi especificada. Atendida pelo SUS, com renda familiar de três salários mínimos. Emocionada, refere-se a Deus em vários momentos. Vitor Gabriel é o nome do filho natimorto e no futuro deseja filhos.
- **Mãe 8:** 36 anos, óbito fetal em 15/6/2007, no período gestacional entre 32–36 semanas, oitava gestação, dois filhos vivos, dois natimortos, quatro abortos e dois filhos adotivos. Atendida pelo SUS, com renda familiar de quatro salários mínimos. Emocionada, refere-se ao espiritismo em vários momentos e se apresenta resistente para falar e expressar suas emoções. Substituiu a perda por um filho adotivo. Miguel é o nome do filho natimorto e no futuro não deseja gerar mais filhos, mas sim adotar mais quatro.
- **Mãe 9:** 18 anos, óbito fetal em 12/10/2007, no período gestacional entre 37–41 semanas, primeira gestação (gemelar B), um filho vivo e um natimorto. A causa da morte do bebê não foi especificada. Atendida pelo SUS, com renda familiar de três salários mínimos. Relata sua experiência com resistência, sugere não estar autorizada a sentir o luto pela perda porque possui a gêmea. Adriele Stéfani é o

nome do filho natimorto e no futuro deseja aguardar para ter filhos; entretanto, desconfia que já está grávida do atual namorado.

Os dados foram coletados no período de março a outubro de 2009. Vale ressaltar que o início da coleta de dados aconteceu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo 2) e após a autorização da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas (Anexo 3).

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas em sua íntegra, respeitando todas as citações dos sujeitos, para que, em seguida, os discursos pudessem ser analisados, de acordo com o que é preconizado pelo Interacionismo Interpretativo.

As mães foram capazes de reforçar os momentos marcantes, ou seja, as epifanias que lhes foram apresentadas. Desta forma, corroborou a afirmação de que tais fatos constituíram episódios que possibilitaram o significado/ressignificação da sua experiência.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

A análise metódica das narrativas das mães que vivenciaram a perda do filho durante a gravidez possibilitou que os eventos marcantes que compõem a trajetória fossem evidenciados.

A morte do bebê no final da gestação, quando caracterizado como natimorto, é incompreensível para a mãe. Trata-se de uma experiência com muito sofrimento e difícil de ser compreendida pela mãe, pois interrompe abruptamente a possibilidade de realização dos sonhos que estavam prestes a acontecer. Ela fica exausta, tem uma profunda dor emocional, acompanhada de um sentimento de vulnerabilidade que a impede de pensar no futuro ou na possibilidade de uma nova gestação.

As quatro epifanias identificadas constituem a experiência das mães ao vivenciarem a experiência de ter um filho natimorto. São elas: **SENDO SURPREENDIDA PELA MÁ NOTÍCIA, TENDO UM PARTO SEM SENTIDO, SAINDO DE MÃOS VAZIAS E ENFRENTANDO O LUTO SOCIAL.**

Os resultados estão apresentados da seguinte forma: as epifanias aparecem em letras maiúsculas, negrito e grifadas (**DESCOBRINDO A FATALIDADE**) e as categorias estão representadas em letras maiúsculas em negrito (**DESCONFIANDO DA MORTE**).

SENDO SURPREENDIDA PELA MÁ NOTÍCIA representa o princípio da trajetória da mãe que vivencia a morte de seu filho durante a gravidez. Ela recebe informações, escuta comentários, percebe comportamentos pouco usuais por parte do médico e, assim, começa a desconfiar que algo errado possa estar acontecendo com ela ou com o bebê. É surpreendida pela má notícia de que o filho está morto dentro do útero e precisa aguardar a realização dos procedimentos para a sua retirada. Esta espera é muito sofrida por ela, pois sabe da morte do filho, da impossibilidade de realizar seus sonhos e só lhe resta aguardar. Sente-se desamparada e insegura.

Essa epifania está representada pelas categorias: **DESCONFIANDO DA MORTE e NÃO CONSEGUINDO ENTENDER A MORTE.**

DESCONFIANDO DA MORTE do filho é a mãe procurando entender o que está acontecendo com ela e o seu filho, quando, ainda no exame rotineiro de pré-natal, percebe um comportamento diferente por parte dos profissionais que a estão atendendo. Observa a dificuldade do profissional para ouvir o coração do bebê, relembra os últimos dias em casa e, às vezes, se dá conta de que não sentiu o bebê se mexer nas últimas horas. Teme que algo possa não estar bem.

Aí, depois, ele fez.... colocou o aparelho para ouvir o coração do neném e não ouvia mais. Aí ele falou assim: “Olha, você aguarda um pouco que precisa esperar a sala de ultra-som abrir pra gente fazer o ultra-som”. Eu falei que tudo bem; fiquei aguardando... (Mãe 6)

Aí chegando lá, quando os médicos foram fazer um exame mais profundo, né, com os equipamentos de lá do hospital, constataram que realmente não estava escutando.... Mas eu tava crendo que poderia, que nem ele(o médico) falou assim: “Devido ao ultra-som, pode ser que o neném está vivo ou morto”. (Mãe 1)

Fizeram o exame do coraçãozinho para ver o que estava acontecendo, porque ele (o filho) estava lento. O coraçãozinho estava lento e iam me internar[...] Ele (o médico) disse que tinha entrado água no pulmão. Aí eu vi que no ultra-som, na televisão, vi que estava lento, assim... parado. Aí eu falei: “ Oh doutor, fala verdade... meu filhinho está morto”. (Mãe 7)

Ainda tendo sido cuidadosa consigo durante toda a gestação, a mãe é surpreendida pela notícia de que o bebê está morto. Esta é uma nova realidade, difícil de ser compreendida pela mulher que agora vivencia uma

experiência de profundo sofrimento. Ela dedicou os últimos meses se preparando para receber o bebê e isto não será mais possível.

NÃO CONSEGUINDO ENTENDER A MORTE do filho é a dificuldade de mudar a realidade que construíra, afinal está tudo preparado para o parto e a chegada de um novo bebê em casa. **NÃO CONSEGUINDO ENTENDER A MORTE** representa a gestante estarrecida com a notícia da morte do filho buscando dar algum sentido para esta nova informação. Para a mãe, a morte do bebê não parece ser real. Ela não percebe sinais que a comprovam e não encontra razão alguma que esclareça o evento. Para a mãe, a realidade é que ela está gerando uma nova vida. O desejo do bebê imaginado e a realidade que está vivenciando se contrapõem. A fantasia imaginada durante toda a gestação não é a realidade atual.

Eu sentia minha barriga dura. Sentia tipo... como se fosse o nenê mexendo. Mas eles disseram que não era. Que eu já estava tomando medicamento e por isso dava essas coisas mesmo. Aí, minha mãe e tudo mundo foi pra lá... Ninguém quis acreditar. Todo mundo achava que o nenê não estava morto. Aí, eu tive que ficar lá. Mas eu não acreditei. Achava que quando fosse ter o nenê, ele fosse nascer vivo. (Mãe 6)

...Eu tava meio não acreditando muito né?... que era realmente verdade... porque eu sentia que isso ia acontecer.... (Mãe 2)

Aí ele (o médico) pegou na minha mão e disse: "Infelizmente o seu filho está morto."...Não passou em nenhum momento na minha cabeça que ele estava morto. Até na hora que o médico falou que tinha entrado água no pulmão... para mim tudo bem. Estava tudo tranquilo, porque tem criança que realmente entra água no pulmão e depois faz lavagem e limpa. Pode fazer e limpar. Mas nunca tinha passado pela minha cabeça que ele ia morrer. Nossa.. a morte dele para mim foi muito estranha, foi de repente, assim. (Mãe 7)

Aí... a doutora pegou e falou: "Senhora, infelizmente, né, o nosso neném faleceu". Foi com essas palavras (Mãe 1)

Quando o médico falou pra mim: "Mãezinha, o seu bebe morreu"... Parou....eu não senti nada, nem dor, nem nada. Somente parei. Sabe quando a ficha não cai? A sua ficha não caiu... A sensação foi... Mas eu não merecia passar por isso, de novo. "(Mãe 8)

O segundo momento marcante na experiência da mulher é representado pela epifania **TENDO UM PARTO SEM SENTIDO**. Desconfiada em relação às condutas pessoais e da equipe, sobreposto às incertezas em relação ao que vai acontecer – o parto para a retirada de um bebê morto –, a mãe vivencia uma imensa dificuldade para enfrentar o evento. O dia do parto fora imaginado como um momento festivo da chegada do filho. Sofrer as dores do parto, dar à luz um filho morto, ficar exposta na sala de parto e no hospital são experiências que a devastam. **TENDO UM PARTO SEM SENTIDO** é também representado pelo momento em que ela vivencia a presença do filho, mas nem sempre tem a chance de conhecê-lo. **TENDO UM PARTO SEM SENTIDO** é representada pelas categorias **AGUARDANDO A RETIRADA DO FILHO, SENTINDO-SE HUMILHADA e CONHECENDO O FILHO MORTO**.

AGUARDANDO A RETIRADA DO FILHO é a mãe voltando para casa com a má notícia e tendo que aguardar a hora do parto. Algumas vivenciam este momento no próprio hospital ou mesmo tendo de se locomover do local de atendimento do pré-natal para o hospital. Tem medo daquilo que está por vir. Não imagina como poderá dar à luz a uma criança morta. Por vezes, ainda tem a esperança de que o filho possa estar vivo. Este período, ainda que seja curto, é vivenciado com muito estresse. O sofrimento é intensificado pelo sentimento de estar carregando uma criança morta dentro do próprio corpo. Este período é marcado por momentos de incertezas e falta de controle sobre o próprio corpo.

Eu tava com a minha cunhada e de lá (consultório médico) a gente saiu e depois assim..."Agora (falou o médico) daqui vai pra maternidade por que agora você tem que tirar a sua outra filha. Ela (o médico se referindo a filha que estava viva), ela precisa sair". Aí eu peguei de lá né?... eu tava meio não acreditando muito né [...] Aí eu descí, fui pra maternidade direto de lá... cheguei lá (na maternidade) era... era uma hora e quando eram duas horas... eu já saí.

Elas foram bem rápidas. (mãe 2)

Se não tivesse como ir para o hospital, ela (a médica) ia mandar uma ambulância para me levar para o Albert Sabin. Só que no caso, eu liguei para o meu esposo e ele foi me buscar na clínica. Aí chegando lá, quando os médicos foram fazer um exame mais profundo, né, com os equipamentos de lá do hospital, constataram que realmente não estava escutando (referindo ao coração). Só que assim... eu estava tentando me controlar, ficar em paz e não assim... você sabe? Mas eu tava crendo que poderia, que nem ele falou assim: "Devido ao ultra-som pode ser que o neném está vivo ou morto". Só que o médico disse que era difícil, mas estava esperando pelo ultra-som. Devido eu estar muito obesa, então era difícil de escutar o nenê. Assim era como os médicos estavam falando.... E foi através do ultra-som que eles viram que eu tinha perdido o nenê. (Mãe 1)

Eu sentia minha barriga dura. Sentia ... tipo como se fosse o nenê mexendo. Mas eles disseram que não era. Que eu já estava tomando medicamento e por isso dava essas coisas mesmo. Aí, minha mãe e tudo mundo foi pra lá. Ninguém quis acreditar. Todo mundo achava que o nenê não estava morto. Aí, eu tive que ficar lá. Mas eu não acreditei. Achava que quando fosse ter o nenê, ele fosse nascer vivo. Mas aí o médico falou: "Olha mãe, ele não está vivo. Todo medicamento que eu estou te aplicando.... Se fosse assim, ele já ia morrer. Só com os medicamentos ele não estaria mais vivo". Aí eu falei: "Tudo

bem". Aí, eles me deixaram isolada em um quarto sem ninguém. Só eu.... Pra mim não ficar muito constrangida. Aí, eles me deixaram e eu fiquei sozinha no quarto. (Mãe 6)

Aí eles ficaram comigo por causa do exame do coraçãozinho, a noite toda. Me levava lá pra cima e voltava... foi a noite toda. Aí quando foi de manhã cedinho eles foram fazer o ultra-som. Era seis e meia da manhã quando falaram para mim. [...] quando o neném morreu, eu vi eles comentando, eram quatro e meia da manhã. Eles comentaram de longe, mas eu vi quando eles comentaram. Só que não acreditei, eu não estava acreditando.Ele (médico) pediu para a moça me levar pra lá. Aí eu fui e, depois, não vi mais ele e nem ela. Me levaram para o quarto e lá me deixaram. Fiquei três dias. Eles colocaram o remédio para fazer o aborto, para tirar. Foram tirar no domingo, meio dia e quarenta e cinco.(Mãe 7)

SENTINDO-SE HUMILHADA é como a mãe se sente ao ser levada para a sala de parto acreditando que não foi capaz de gerar uma criança saudável. Ela vê e ouve outras gestantes nas salas de parto e se imagina autora de um vexame. Sabe que não terá o filho para levar para casa, mas, da mesma forma que outras gestantes, é submetida aos procedimentos do parto. Sente-se invadida pelo procedimento. Não vê recompensa e, portanto, nem sentido em ter de passar pelo parto. Sente-se se rendendo à situação, pois se encontra fraca e solitária.

É, eu achei. Sem graça. Cheguei lá já estava morta, né?... não puderam fazer nada, né?.....você expõe seu corpo....e, todo mundo chega e pode ver e você acaba deixando, né? Sei lá, porque acho que você nem está mais se importando com nada. E aquilo dói...sei lá...é horrível. Assim, dói....você quer se livrar daquilo lá. Acho que você passa muita vergonha ali, sabe?.... (Mãe 3)

Quando eu fui ganhar o nenê...aí, é que eu chorava mais. O médico dizia: "Faz força, mãe". Eu chorava... "Por que ?" (respondia ao médico) Porque nas outras salas tinha um monte de mulher tendo nenê. Elas davam grito e o nenê já chorando. E eu já sabia que o meu não ia chorar. Aí, eu chorava mais ainda. (Mãe 6)

Ele (o filho que nasce) é um prêmio e eu fui mas não tive o meu prêmio... eu não sofri com a morte, sofri com a perda. Eu não tive.. eu acho que é isso. Eu não tive o direito de segurar o meu filho no colo, de pegar, de ver, de olhar. (Mãe 8)

Eu sentia assim... que eu queria morrer junto com a criança. (Mãe 3)

Ah, eu fiquei assim.. como se diz... quando.. eu parecia uma tonta, né?.. na mesa. (Mãe 2)

CONHECENDO O FILHO MORTO reproduz a mãe durante o parto tomando a decisão de ver ou não o filho morto. A equipe lhe pergunta se quer conhecer o bebê morto. O contato com ele a coloca diante da nova realidade: a morte do filho. Nem sempre ela consegue verbalizar o desejo de conhecer, tocar, segurar no colo o seu filho que agora está morto. Tomar uma decisão em um momento de muito sofrimento nem sempre lhe é possível. Ela não sabe o que quer ou qual a melhor decisão. Nesta situação, outras pessoas acabam decidindo por ela o que fazer.

"Você quer ver? Olha, seu nenê aqui, olha" (perguntou a enfermeira). Aí, mostrou... Perfeita... Abriu a toalhinha que ela estava. Perfeitinha de tudo. Cabelo. Tinha tudo. Perfeito. Aí, acho que como eu estava assim, eu nem fiquei pedindo muito, sabe ?(Mãe 6)

Deram (o bebe morto) para eu ver e perguntaram se eu queria ver ... Eu falei que não. Não queria ver não, se não eu iria entrar em depressão... Mas teve o enterro dele certinho. .. Foi um monte de gente. Só eu que não fui. Eu já estava em casa quando foi o enterro dele. Eu não quis ir não, pra mim aquele momento ali eu não iria suportar, ia sofrer muito. Mas agora estou bem. (Mãe 7)

Aí o doutor falou para mim se queria ver o neném e eu disse que sim, porque o primeiro que perdi eu não vi. Não tive coragem de ver, né?.. esse segundo eu vi.

Foi difícil (Mãe 1)

Não é que não quis vê. Eu achei que eu... eu, eu, eu vi que.. quando eu vi a moça que ela colocou ela num daqueles bercinho né? Tava lá, tava toda... Eu vi bem rápido a minha outra filha, né? Foi bem rápido, por que ela não chorou.. (Mãe 2)

Então foi assim... ao nascer (se referindo ao filho natimorto) a enfermeira disse: "A sua filha está aqui, a menina falecida. Se você quiser ver é só falar". Só que daí, logo em seguida, trouxeram a Camile (a filha gêmea que nasceu). Daí, enquanto eu estava com a Camile eles cataram e levaram a outra menina (referindo ao filho natimorto). Então daí, quando fui pedir para ver (o filho natimorto), já tinha levado porque ia fazer exames, para ver porque ela tinha falecido, né? Então... daí, eu não tive chance. Daí, no enterro ainda... quando foi fazer o enterro, o moço me perguntou se eu queria ver. Daí, eu não tive coragem.(Mãe 4)

O fim do procedimento e o encaminhamento para a enfermaria representam o fim da gravidez e a ênfase na experiência de perda do filho.

SAINDO DE MÃOS VAZIAS representa a mulher de luto pela morte do bebê. Trata-se de uma fase de transição, na qual a mãe precisa trabalhar seu luto, seu sofrimento, para levar a vida adiante. É a mulher diante da necessidade de redefinir a realidade em termos de o que era para acontecer e o que realmente aconteceu. É a transição dela esforçando-se para se adaptar às mudanças físicas, pessoais, relacionais e do ambiente. Seu corpo volta a ser o de uma mulher não-grávida, no entanto, ela não tem o bebê junto a ela. A gestação acabou e a mãe está de mãos vazias. Esta é uma tarefa muito difícil para quem deveria estar vivendo o papel imaginado de mãe e não pode. **SAINDO DE MÃOS VAZIAS** agrega as categorias **VENDO OUTRAS MÃES COM OS BEBÊS, INDO PARA CASA SOZINHA, TENDO UM VAZIO EM CASA.**

VENDO OUTRAS MÃES COM OS BEBÊS sendo amamentados, recebendo carinho causa-lhes um profundo sofrimento, especialmente quando ela tem dúvidas em relação ao que pode ter causado a morte de seu bebê. **VENDO OUTRAS MÃES COM OS BEBÊS** é a mulher ainda na maternidade, às vezes até mesmo na mesma enfermaria de outras mães alegres, festejando o nascimento do bebê recém-nascido e imaginando que a sua história poderia ter tido um final diferente. A mãe permanece internada sozinha, vendo e observando a alegria de outras mães. Não tem o que celebrar nem consegue mais pensar no futuro; pensa que este deveria ser um momento de alegria, porém, vivencia frustração e tristeza.

Senti pior mulher do mundo, né? Ter chegado tão perto e não ter conseguido, né?.....eu esperar o nenê e eu perdi... E as mães, ver as mães com neném, né? De eu chegar em casa e estar tudo arrumado e meu filho foi para o cemitério. (Mãe 3)

Nessa hora eu fiquei mal mesmo, né?... porque enquanto as mães estavam amamentando seus filhos eu tava lá só, e eu fique assim... Como a minha filha nasceu numa sexta-feira, fiquei lá(na maternidade) até segunda-feira... então aí, eu ouvia choro de um, choro de outro, e eu era sozinha. E elas perguntavam:

“Cadê o seu bebê?”....é muito duro você ver os filhos com as mães, elas amamentando, trocando roupa, conversando com eles, os pais vindo visitar eles... trazendo flores.... e eu ali no meio das duas.... sozinha, assim... sabendo que não ia ter nada para mim ali (na maternidade). (Mãe 2)

INDO PARA CASA SOZINHA reproduz a sua experiência na porta da maternidade voltando para casa de mãos vazias. É a constatação de que perdeu o filho. Carrega consigo a mala das roupinhas dele, mas não tem nem terá mais este filho junto dela. **INDO PARA CASA SOZINHA** representa a impossibilidade de início de uma nova fase da família, que ocorreria com a chegada do novo bebê em casa. A mulher descreve sua dificuldade em entender ou aceitar a experiência, pois significa a perda de alguém que ela não conheceu e que ainda tem uma história real presente, representada pelas roupinhas que carrega e pelo tempo completo ou quase completo da gestação. Este evento traumatizante de sair da maternidade sem o filho esperado a deixa sem expectativas de que conseguirá superar satisfatoriamente a experiência.

Eu vou te dizer a coisa mais simples: Estranho... Você sair grávida, voltar não grávida e sem o neném. Um vazio, um vazio, um vazio, muito grande....Um vazio, acho que não tem outra explicação.(Mãe 8)

Desmontaram o berço, separaram todas as roupas... mas não me buscaram na maternidade. A parte mais horrível é quando sai (da maternidade) com as mãos vazias... (Mãe 2)

TENDO UM VAZIO EM CASA é uma situação que jamais imaginou para ela e sua família. Depara-se com o berço, as roupinhas, o espaço que foi especialmente preparado para o filho. Suas mamas estão cheias e não o tem para amamentar. Sente-se perdida por não ter memórias para descrever o que o bebê representa para ela e por não poder exercer o papel de mãe

conforme imaginara. É uma fase marcante na trajetória da mãe de filho natimorto, de extremo sofrimento. Pensa no filho que imaginou durante a gravidez e como seria se estivesse com ele. Não tem forças nem vontade para fazer nada.

Esta categoria mostra como a mulher lida com a sua volta para casa bem com as atividades do dia a dia quando ainda está tentando compreender a experiência da gestação, que resultou na morte do bebê, na destruição dos sonhos e no desejo de ter o filho presente.

Foi muito ruim. No começo foi horrível. Eu deitava e, de repente, sonhava com ele pegando na minha mão. Pegando na minha mão assim e acordava chorando. Meu marido dizia: "Calma amor, não fica assim não." (Mãe 7)

Fiquei muito sensível com as coisas, não conseguia ver nada, encarar nada, qualquer coisa eu chorava. Entristecia pelas coisas que aconteceu. Aí foi difícil... não foi fácil. (Mãe 9)

Quando eu cheguei do hospital, eu chorava. Porque o quarto do nenê está fechado ainda. ...Quando cheguei do hospital eu chorava.... Chorava, chorava, chorava [...] Por que não puderam registrar? Deram (no cartório) o nome de "natimorto" (sendo que escolheu Pietro Gabriel). (Mãe 6)

No começo eu não gostava nem de lembrar, parecia um pesadelo, eu sei que estava acordada e não conseguia acordar. (Mãe 9)

O que eu sentia? Tristeza. Sei lá. Às vezes, raiva de mim, pensando que foi alguma coisa comigo, que eu fiz. Sabe ? Raiva de mim mesmo, pensando ... O Paulo (pai do filho natimorto) falou que aconteceu isso porque eu fumava.. e o nenê morreu. Disse assim: "Se você não tivesse fumado na gravidez o nenê

estava vivo". Aí, ele jogou em mim. Eu pensava, às vezes, que a culpa era minha. Às vezes, eu ficava com raiva do hospital, porque eu achava que era culpa do hospital. Eu sei que fiquei com muito ódio.... De tudo, todo mundo, dos médicos... de tudo.(Mãe 6)

Eu chorava. Eu queria ficar sozinha. Eu ficava lá no quarto do nenê. Aí, eu pegava as roupas. Uma por uma. Olhava. E assim, ia passando os dias. Aí, como eu desfiz de bastante coisa, só ficaram algumas ... aí, às vezes, eu pego. (Mãe 6)

Fazia tempo que eu estava querendo. Agora, hoje, eu até anoto os dias que vem (referindo ao ciclo menstrual) pra mim. Porque agora...eu não esqueço mais (referindo a experiência de ter um filho natimorto), que eu lembro.... (chora)[...] Se tivesse vivido (o filho natimorto) a gente ia fazer um monte de coisa. Às vezes eu não choro por causa do outro menino, sabe? Mas quando eu estou sozinha, fico tão triste, assim, sozinha... (Mãe 5)

ENFRENTANDO O LUTO SOCIAL é ter de lidar, no dia a dia, com as atitudes ou indiferenças das pessoas do seu meio social. É a mulher sentindo-se exposta ao seu meio social. Acredita que deve explicações às pessoas, sente-se envergonha diante daquelas que estão à sua volta em relação ao nascimento do bebê. Acredita que deve dar explicações sobre o ocorrido, mas não sabe como se comportar, pois receia ser abordada e, mais uma vez, não atender as expectativas sociais. **ENFRENTANDO O LUTO SOCIAL** representa a maneira como a mulher reage às transformações que ocorreram e estão ocorrendo na experiência e que depende do significado dado à perda do bebê, notadamente quando ela tem percepções ruins sobre o seu autocuidado ou atendimento que lhe foi prestado, enfrentar o luto é mais complicado. Ela permanece pensando que poderia ter evitado a morte se tivesse sido bem atendida ou se cuidado mais. Diante do natimorto, a mulher precisa se adaptar aos resultados inesperados da gestação. Ela se dá conta de que não poderá exercer seu

papel de mãe com a criança sonhada. Tem dúvidas quanto às decisões e providências que terá de tomar com relação ao espaço físico preparado para o bebê, mas, com o tempo, pode encontrar um espaço para o seu sofrimento e seguir a vida adiante. **ENFRENTANDO O LUTO SOCIAL** é composto pelas categorias **NÃO QUERENDO ENCONTRAR AS PESSOAS, RECONQUISTANDO UM EQUILÍBRIO.**

NÃO QUERENDO ENCONTRAR AS PESSOAS é a angústia que a mãe vive durante o período inicial pós-alta ao se imaginar encontrando as pessoas que a viram grávida. Sente receio das pessoas em abordá-la. Sabe que elas acompanharam suas mudanças físicas da gestação e imagina as mesmas querendo saber do filho que nasceria com vida. Não suporta a ideia de tornar pública a perda do filho e também o seu sofrimento. Isola-se das pessoas envergonhada por não ter conseguido gerar um filho sadio e por chorar o tempo inteiro. Evita, de todas as maneiras, ter de dar explicações sobre o ocorrido. **NÃO QUERENDO ENCONTRAR AS PESSOAS** representa a mulher mantendo seus pensamentos no passado e no presente, não consegue enxergar o futuro ou tem perspectivas ruins quanto a ele; está insegura e ambivalente em relação ao futuro e identifica sua vulnerabilidade para novas experiências de gerar um filho.

Naquele momento passa um turbilhão de coisas, assim..Ah, se eu fosse uma mulher normal poderia ter gerado o meu filho normal, ele (o filho natimorto) não teria ido (morrido). E a cada vez que me perguntavam, isso vinha na cabeça. Como se houvesse uma falha e essa falha fosse minha. Então, cada vez que alguém me pergunta [...] mas quando alguma pessoa me perguntava eu sentia vontade de me isolar, que eu não queria mais falar com ninguém, para que ninguém fique me perguntando. (Mãe 8)

No começo, eu achei que ia pirar. Achei que ia ficar louca quando cheguei do hospital. Eu chorava. Eu queria ficar sozinha. Eu ficava lá no quarto do nenê. Aí, eu pegava as roupas. Uma por uma. Olhava. E assim, ia. Aí, como eu desfiz de bastante

coisa, só ficaram algumas ... aí, às vezes, eu pego. Minha irmã está grávida. Eu falei que ia dar algumas coisas para ela. Ela disse: "Não precisa". Tipo: "Pra você lembrar do seu nenê, não precisa". (Mãe 6)

A mulher reconhece a dificuldade em ter de lidar com o contexto social e usa como estratégia o lidar com a situação um dia por vez. Desta forma, vai **RECONQUISTANDO UM EQUILÍBRIO**. Isto não significa que o sofrimento termina da mesma forma que acabou a fase da gravidez, mas sim que se trata de um processo doloroso, no qual ela vai criando um espaço para a sua perda.

RECONQUISTANDO UM EQUILÍBRIO é a mulher reconhecendo que encontrou um espaço para seu sofrimento, na sua vida. O tempo é um elemento essencial nesta experiência. O passado e o presente, bem como o presente e o futuro estão intrinsecamente ligados. Sente-se diferente da época imediata ao evento da perda do bebê. Não teme mais encontrar as pessoas nem falar sobre o evento, já consegue fazer planos para o futuro e viver o cotidiano do presente. Reconhece seu medo em relação a perdas futuras. Vivenciar a experiência de ter um bebê natimorto muda a sua perspectiva no tocante a futuras gestações. Se, por um lado, ela quer ser reconhecida como uma mulher capaz de gerar um filho, por outro, tem pavor de se imaginar revivendo a experiência.

Mas agora, eu estou bem melhor. No começo(época que teve o filho natimorto), eu achei que ia pirar. Achei que ia ficar louca quando cheguei do hospital. É como eu estava falando ... antes, era pior. Agora, eu falo tudo. Às vezes minha irmã toca no assunto. O Paulo (pai do filho natimorto) nem toca no assunto. Às vezes a minha irmã fala alguma coisa sobre o nenê. Mas aí, normal... Só quando eu lembro, como estou lembrando agora... passo a passo de como foi...desde o momento que eu entrei no hospital ... de tudo ... até o momento que eu saí. (Mãe 6)

Pretendo engravidar... no ano que vem eu estou pretendendo. Eu quero emagrecer um pouco, mas o médico disse que não tem problema não. Se não dá para emagrecer eu posso engravidar do jeito que eu estou. Agora eu tô “macaca velha” para ver o dia que vem (referindo ao ciclo menstrual), se não vem... se atrasou cinco dias, eu já vou ao posto. Mesmo que não seja nada. Agora, estou prestando mais atenção (Mãe 5)

Medo de engravidar de novo. Para mim, eu queria um nenê pronto, já. Alguém me desse (referindo a um filho) ou alguma coisa assim. Porque eu não quero passar tudo isso de novo. O que eu passei.... Mas, sim, um dia, eu quero. (Mãe 6)

Eu vou ter três meninas, mas não engravidando. Uma é a Júlia, as outras duas eu não sei ainda.... Só sei que uma é a Júlia, que está em algum lugar me esperando. Eu já tenho o rostinho dela, sei a vozinha dela, o sorrizinho, mas não achei ela ainda. Todo mundo fala...Meu plano é ter vários filhos... quando vejo o futuro, vejo uma mesa com várias crianças. Então estou correndo ao encontro disso, não sei quando vai ser.(Mãe 8)

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O presente trabalho possibilitou a compreensão dos significados atribuídos pela mãe diante do filho natimorto, bem como dos aspectos da situação problemática, que é imposta pelo momento particular que permeia a sua complexa experiência, repleta de sofrimento, e que não é finalizada com o procedimento cirúrgico da retirada do feto morto (Gerber-Epstein, Leichtentritt, Benyamini, 2009). A experiência exige uma ressignificação por parte da mulher, uma vez que a gestação normal representa a crença da capacidade de fertilidade e maternidade.

Assim, o filho natimorto é uma vivência pessoal, solitária, que, em muitos momentos, inibe a mulher não só nos seus aspectos emocionais, mas também em relação às alterações físicas do corpo, tornando-se, desta forma, um fenômeno social e comum a muitas delas.

Por meio do Interacionismo Interpretativo, foi possível distinguir os eventos marcantes nas narrativas biográficas das mães. Assim sendo, reconstruiu-se a história da experiência das mães em face da vivência do processo de morte de seu filho durante a gravidez, ressaltando os aspectos que possibilitam a atribuição de significado a este processo.

Um desses aspectos diz respeito ao luto, que está presente na mãe. Ela descreve sua vivência de ter de conviver com a perda repentina do filho e consequente luto. A compreensão da teoria do luto possibilitou identificar fatores que interferem durante este processo reconhecido nas narrativas, que oferece uma compreensão dos significados da experiência da mãe que teve um filho natimorto.

Diante dessa nova realidade, precisam reorganizar as representações que haviam feito do bebê em relação a si próprias. Elas têm de trabalhar esta nova realidade. Assim, sua tarefa é representada pela tentativa de recuperar a proximidade do filho natimorto, após a ruptura de um vínculo afetivo que construía em relação ao bebê ainda no seu ventre. Assim como os resultados apresentados por Van e Meleis (2003) durante a experiência,

as mulheres lidam não só com reações pessoais, mas também em relação às reações dos outros – família e meio social.

Em estudo recente realizado por Carneiro (2006) com mães de natimorto, as autoras identificaram que estas mães enlutadas se referem à disparidade do sentimento de completude na gravidez e do vazio após a morte. Quando diante da morte, elas não esquecem toda a mudança que ocorreu em sua família à espera de seu mais novo integrante: o filho recém-nascido. Diante disso, no presente estudo, este sentimento de vazio está relacionado às dificuldades enfrentadas pela mãe que aguarda nascer o filho após a gestação e está diante do filho natimorto.

Bowlby (1990) aponta para a importância do processo de luto, uma vez que este tem o propósito de reorganizar as representações da pessoa perdida em relação a si próprio. O luto incorpora o modelo de uma sequência sucessiva de fases flexíveis e que se sobrepõem. São elas: torpor ou aturdimento, anseio e busca da figura perdida, desorganização, desespero e maior ou menor reorganização.

A má notícia da morte do filho intrauterino **SENDO SURPREENDIDA PELA MÁ NOTÍCIA** demonstra a dificuldade encontrada pela mãe quando não há concordância entre suas expectativas consolidadas durante a gravidez com a realidade da morte de seu filho intrauterino, porque ele estava sendo aguardado, anunciando sua existência muito antes do nascimento, criando projetos, expectativas, desejos e fantasias durante a gravidez (Piccinini et al., 2004), além da possibilidade de um relacionamento que foi interrompida com a morte.

Perante este fato real, a mãe procura dar sentido à sua situação, tendo dificuldade para entender o que está acontecendo com ela e seu filho que está em seu útero. Alguns trabalhos, como os de Säfllund, Sjögren e Wredling (2004), Trulsson e Radestad (2004), Badenhorst et al. (2006) e, no Brasil, Duarte (2008) demonstraram que a mãe nesse momento apresenta-se aturdida e não consegue aceitar a notícia depois que a morte foi anunciada pelo médico, em virtude de um estresse psicológico. Tal fato é completado por Carvalho e Meyer (2007) em estudo feito com mães

hospitalizadas que descrevem o momento imediato à notícia da morte, que é repleto de fortes emoções, exigindo dela e de sua família bastante força e coragem, além dos profissionais da saúde que manejam nesse momento.

A fase de torpor no processo de luto pode durar de algumas horas até muitos dias Bowlby (1990). Ao ter de vivenciar um parto sem sentido, pois ainda não foi possível construir algum significado para a notícia do filho natimorto, a mãe é submetida ao parto com uma sensação de entorpecimento diante da triste notícia. A calma é aparente, mas os sentimentos são de emoção extrema, como: medo do que vai acontecer durante e após o parto e raiva por ter de ser submetida ao procedimento sem que receba qualquer benefício em troca. Estes sentimentos e outros mais, como: frustração, decepção e revolta foram encontrados nos resultados de Santos, Rosenburg e Buralli (2004).

No presente estudo, as mães trouxeram a descrição de dúvidas no momento que foram consultadas para ver ou não o filho natimorto. **CONHECENDO O FILHO MORTO**, na circunstância em que ela está vivenciando, não é um momento de alegria como ela planejou e poderá trazer-lhe, por um lado, um sofrimento maior e, por outro, o arrependimento de não ter visto.

Nos dias de hoje, diante dos avanços nas pesquisas na área de morte e luto, é essencial que a morte do bebê seja apresentada como uma realidade para os pais. Esta é uma discussão importante para direcionar os cuidados da mulher com natimorto. Muitos estudos mostram que o processo de luto pode ser facilitado quando os pais tocam ou seguram seus bebês. A revisão da literatura realizada por Gold, Dalton e Schwenk (2007) ressalta que para a maioria dos que viram os filhos natimortos, a experiência foi valiosa e os que não os viram arrependeram-se, o que aparece, também, no trabalho de Silva (2002) e Santos, Rosenburg, Buralli (2004). Entretanto, Hughes et al. (2002) afirmam que quando eles não os veem apresentam menores incidências para os sintomas psicológicos e prejuízos psicológicos menos prováveis nas próximas gestações.

Outro aspecto importante sobre o assunto que merece destaque diz respeito à crença dos profissionais que atendem mães de natimorto. As enfermeiras acreditam que quanto menos a mãe souber sobre o bebê menos ela sofrerá e que não deve guardar memórias do filho natimorto, como chumaço de cabelo. (Lundqvist, Nilstun, 1998). Outros trabalhos apontam que o cartão com o nome da criança, o carimbo do pezinho e a pulseira do bebê podem ser memórias importantes para a família e transformam o processo de luto em um trabalho mais fácil (Malacrida, 1999).

Vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde, através da publicação do *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors* (2007), orienta médicos e enfermeiros obstetras para os seguintes procedimentos: encorajar a mãe / casal a ver e segurar o filho natimorto para facilitar o luto e prepará-los para possível aparência inesperada do filho natimorto (vermelho, roxo ou com pele descamada). Se necessário, arrumar o natimorto de modo que pareça o mais normal possível e evitar separá-lo da mãe muito rápido, antes mesmo que ela diga estar pronta para a separação.

As participantes descreveram sua necessidade de terem seu sofrimento reconhecido durante todo o processo. Estratégias para atender a mulher individualmente, a fim de lhe oferecer um suporte emocional efetivo durante o doloroso processo da perda precisam ser exploradas. Estudo realizado com mulheres em situação de abortamento, as autoras revelam que o cuidado da enfermagem está focado nos aspectos físicos, não contemplando a individualidade e as necessidades dessas mulheres (Mariutti, Almeida, Panobiano, 2007).

Nesse trabalho, as mães descreveram suas experiências solitárias quando chegaram às suas residências. Elas não mencionam o suporte de outras pessoas e, talvez, caso tivessem tido, poderia ter sido mais fácil passar por esse momento, como mencionado no trabalho de Santos, Rosenberg e Buralli (2004), quando elas contam que receberam somente apoio da família e da igreja, evidenciada a necessidade de uma rede de suporte no sentido de ajudá-las a superar este período de tanto sofrimento.

Na fase de anseio e busca da figura perdida – o bebê que deveria trazer para casa –, à medida que a mulher começa a desenvolver a consciência da realidade da perda, ela utiliza algumas estratégias tentando reavê-lo, como conservando o quarto e as suas roupinhas. Perante a impossibilidade de reavê-lo, sente-se frustrada e com raiva, manifestadas pelo choro constante (Bowlby, 1990). Duarte (2008) reforçam que as mães sentem a ausência do filho diariamente, principalmente quando mexem nos seus pertences ou estão com a família e os amigos.

Casellato (2005) ressalta que, em uma sociedade na qual a relação com a morte é marcada por evitação e negação, muitas são as situações em que não há o reconhecimento social e, portanto, condições de expressar o pesar, compartilhar os mais conflitantes sentimentos, pensamentos e receber apoios social e profissional para a reorganização diante da crise desencadeada. Este dado vai de encontro com os nossos achados quando a mulher se vê diante da necessidade de enfrentar o que se chama de luto social. Nesta situação, ela busca se isolar das pessoas por temor de enfrentá-las, o que as leva a uma experiência mais solitária.

O fato de ter um filho natimorto modifica o significado que a mulher dá para as futuras gestações (Van, Meleis, 2003; Armstrong, 2004; Hutti, 2005). A mulher perde a confiança de que será capaz de gerar um filho normal. Elas necessitam, no seu devido tempo, ser fortalecidas para poderem lidar com as próximas gestações com menos sofrimento, mais seguras e tranquilas. Em vários países, é possível serem encontrados grupos de suporte para aquelas que vivenciaram ter um filho natimorto (Di Marco, Menke, McNamara, 2001). No entanto, a literatura sobre como elas vivenciam as gestações subsequentes ainda é muito pouca. O'Leary e Thorwick (2006) apontam a necessidade dos pais (homens) em serem reconhecidos no seu sofrimento durante a gestação da mulher, pois temem que ela passe pela experiência catastrófica novamente.

Os profissionais de saúde estão diante do desafio de assistir a mulher e sua família a dar sentido à sua experiência. Para isso, é preciso ajudá-los não só dando o máximo de informações para que possam processar as

informações cognitivamente – explicando o que pode ter causado a morte do bebê – como também emocionalmente. Para isto, devem estar atentos às reações verbais e não-verbais durante a internação e o pré-natal, lembrando que o sentimento de raiva pode camuflar medo e tristeza (Martins et al., 1998; Doka, 2002; Jonas-Simpson, McMahon, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os procedimentos adotados pelos profissionais da saúde no momento em que a mãe está diante do filho natimorto poderão interferir no processo do luto de forma positiva ou negativa. No Brasil, o trabalho de Silva (2002) constata que os profissionais não se consideraram preparados para lidarem com as questões relacionadas à morte, ficando, assim, prejudicada a assistência dada aos pais nesse momento. De forma geral, as enfermeiras sentem-se confortáveis, mas acham difícil prover cuidados relacionados à perda e luto no período perinatal; elas utilizam estratégias, como: focalizar o cuidado nas necessidades da mulher, conversar com colegas sobre a experiência e respeitar horários de lazer com seus próprios familiares (Roehrs et al., 2008).

O cuidado da mulher e da família que vivencia o natimorto deve estar fundamentado nos referenciais de luto. Aqui, utilizou-se o referencial de Bowlby (1990), que foi de extrema importância para a compreensão da transição que a mulher vivencia entre descobrir a fatalidade e vivenciar o luto social, em uma sequência sucessiva de fases flexíveis e que se sobrepõem. Murphy e Merrell (2009) consideram que, apesar de a mulher vivenciar a perda, os referenciais de transição podem ser mais adequados para respaldar os cuidados oferecidos, já que ela vivencia a transição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz importantes contribuições na compreensão da experiência da mulher com filho natimorto, especialmente enquanto ela estiver internada para a realização do procedimento cirúrgico/parto para a retirada do bebê. O atendimento durante o período em que ela se encontra internada pode ser determinante para os significados que serão construídos e, conseqüentemente, na forma como ela lidará com o luto. Além disso, aponta que ainda se tem um longo caminho para percorrer nesta área. Apesar de não ter sido o objetivo da presente Dissertação, o estudo evidenciou que o processo de luto vivido por elas não é compartilhado com os profissionais de saúde.

Neste sentido, este trabalho reforça a necessidade de inserção de informações e conhecimentos dos profissionais de saúde, ainda no ensino de graduação, acerca do processo de luto pertinente a essas mães para oferecer-lhes algum controle sobre a experiência, resgatando, assim, sua autonomia e propiciando-lhes a prevenção de sua saúde física e mental.

Conforme afirmado anteriormente, ter um filho natimorto é uma experiência repleta de sofrimento, que não é finalizada com o procedimento cirúrgico da retirada do feto. Os limites são mais amplos e, em alguns casos – quando a mulher vivencia um luto não reconhecido e complicado –, este processo de sofrimento pode não ter fim. Esta questão tem de ser considerada como uma implicação do estudo para a prática de saúde junto a estas mulheres.

Neste particular, são apontadas algumas limitações deste estudo. A gravidez e o parto ainda são tidos como um evento da mulher. No entanto, sabe-se que se trata de um evento da família. O pai também sofre uma perda e, da mesma forma que a mulher, terá de vivenciar seu luto. Este trabalho deu voz apenas à mulher, mas outros têm de ser realizados para que se conhecer mais o assunto sob a perspectiva do pai, cuja voz também

necessita ser investigada, para que seja possível se oferecer um cuidado centrado na família.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Armstrong, DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(6):765-773.

Badenhost W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2):249-259.

Badenhorst W, Riches S, Turton P.; Hughes P. The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27(4):245-56.

Barr P. Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement. *J Perinat Med*. 2006;34:207-211.

Bowlby J. Apego e perda: perda. 2ª.ed. São Paulo: Martins Fontes;1990.v.3.

Brasil. Lei n. 216, de 30 de junho de 1975. Dispõe sobre os registros públicos. [legislação na Internet]. Brasília; 1975 [citado 2009 nov. 20] . Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=122860>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brown FH. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida família. In: Carter B, Mc Goldrick M, organizador. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.393-414.

Caetano JRM. O risco perinatal (re) visado: um estudo da percepção materna sobre a experiência da morte perinatal [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.

Callister LC. Perinatal loss: a family perspective. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006;20(3):227-34.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Informação e Informática. Sistema de Informação TabNet. Sistema de informação de mortalidade: óbitos fetais, Campinas [tabela na internet]. Campinas; c2007 [citado 2007 abr. 16]. Disponível em: <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?fetal/fetal.def>.

Capitulo KL. Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2005;30(6):389-96.

Carneiro SV. Lágrimas no berço: luto familiar por natimorto [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.

Carvalho FT, Meyer L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia.* 2007;57(126):33-48.

Casellato G, organizador. *Dor Silenciosa ou Dor Silenciada?* São Paulo: Livro Pleno; 2005.

Chambers HM, Chan FY. *Support for women/families after perinatal death.* Oxford: The Cochrane Library; 2006.

Costa SMM, Duarte CAM; Salcedo EAC, Perina EM, Souza JL, Bianchi MO, et al. Cuidados paliativos em neonatologia: implementação de um programa multiprofissional. *Mundo saúde (1995).* 2003;27(1):171-176.

Denzin NK. *Interpretative interacionism.* London: Sage; 1989.

Di Marco MA, Menke EM, Mc Namara T. Evaluating a support group for perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2001;26(3):135-40.

Doka KJ. *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice.* Ilions: Research Press; 2002.

Enkin M, Keirse MJSC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *Guia para atenção na gravidez e no parto.* 3ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Freud S. *Luto e melancolia.* Rio de Janeiro: Imago; 1974.v.14.

Gerber-Epstein P, Leichtentritt RD, Benyamini Y. The experience of miscarriage in first pregnancy: women's voices. *Death Stud.* 2009;33(1):1-29.

Gold K, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol.* 2007;109(5):1156-1166.

Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. *Cad Saúde Publica.* 2005;21(3):715-723.

Hughes P, Riches S. Psychological aspects of perinatal loss. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003;15(2):107-11.

Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet.* 2002;360(9327):114-18.

- Hutti MH. Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(5):630-638.
- Jacob SR. An analysis of the concept of grief. *J Adv Nurs*. 1993;18(11):1787-1794.
- Jonas-Simpson C, Mc Mahon E. The Language of Loss When a Baby Dies Prior to Birth: Cocreating Human Experience. *Nurs Sci Q*. 2005;18(2):124-130.
- Knell H, Slyter H, Klaus MH. The mourning of parents to the death of a newborn infant. *N Engl J Med*. 1970;283(7):344-349.
- Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev Saude Publica*. 2002;36(6):759-72.
- Lewis E. The management of stillbirth coping with an unreality. *Lancet*. 1976;308(7986):619- 620.
- Lundqvist A, Nilstun T. Neoanatal death and parents' grief: experience, behaviour and attitudes of Swedish nurses. *Scand J Caring Sci*. 1998;12(4):246-250.
- Maioria da mortalidade infantil ocorre logo após o parto. *Folha de S. Paulo* [periódico na Internet]. 2003 jun. 16 [citado 2009 dez. 02]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u76859.shtml>.
- Malacrida C. Complicating mourning: the social economy of perinatal death. *Qual Health Res*. 1999;9(4):504-519.
- Mariutti MG, Almeida AM, Panobiano MS. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):20-26.
- Martins AM, Quayle J, Souza MC, ZUGAIB M. O impacto emocional materno diante da perda fetal durante a gestação: aspectos qualitativos. *Rev Ginec Obstet*. 1998;9(3):153-159.
- Mohr WK. Interpretative interactionism: Denzin's potential contribution to intervention and outcomes research. *Qual Health Res* 1997;7(2):270-86.
- Murphy F, Merrell J. Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *J Clin Nurs*. 2009;18(11):1583-91.
- O'Leary J, Thorwick C. Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(1):78-86.
- Parkes CM. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus; 1998.

Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, LOPES RS. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu Bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004;20(3):223-232.

Radestad I, Nordin C, Steineck G, Sjogren B. Stillbirth is no longer managed as a nonevent: a nationwide study in Sweden. *Birth*. 1996;23(4):209-215.

Rodrigues EM. Estimativas de riscos de mortalidade neonatal a partir dos dados das declarações de nascimento e óbito: estado de São Paulo, Brasil [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for with perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(6):631-639.

Säflund K, Sjögnen B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth*. 2004;31(2):132-7.

Santos ALD, Rosenburg CP, Buralli KO¹. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):268-76.

Silva MTM. Perda perinatal [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.

Trulsson O, Radestad I. The silent child-mother's experiences before, during and after stillbirth. *Birth*. 2004;31(3):189-195.

Van P, Meleis AI Coping with grief after involuntary pregnancy loss: perspectives of African American women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(1)28-39.

Worden WJ. Terapia do luto: um manual para o profissional da saúde mental. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

World Health Organization (WHO). Neonatal and Perinatal mortality: country, regional and global estimates. Geneva; 2004.

_____. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: Library Cataloguing in publication data; 2007.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA CIENTÍFICA A EXPERIÊNCIA DE TER UM FILHO NATIMORTO: NECESSIDADES DOS PAIS

Meu nome é **Marcia Maria Coelho Rodrigues**, Psicóloga, Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na área de concentração de Enfermagem Pediátrica, sob orientação da professora Livre Docente Dra Regina Szyllit Bousso.

Estou realizando um estudo que pretende, por meio de informações e depoimentos de mães e pais, oferecer aos profissionais da saúde uma maior compreensão da situação do óbito fetal, servindo, assim, para uma prática centrada nas necessidades da família. Assim, este estudo tem por objetivo conhecer a experiência dos pais (mãe e pai) quando vivenciam o óbito fetal.

Para tanto, estou entrevistando os pais, que aceitem voluntariamente contar-me a respeito dessa vivência. A entrevista com duas perguntas e duração prevista de trinta minutos será realizada em local privado. Seu conteúdo será gravado para posterior transcrição e análise dos dados. As fitas das entrevistas permanecerão guardadas com a pesquisadora e somente ela terá acesso ao conteúdo.

O período para o contato com os sujeitos da pesquisa será após ou superior a seis meses do diagnóstico da morte. Porque, segundo Badenhorst (2007)*, como a perda no período perinatal representa um intenso stress para a mãe e o pai, é esperado o seu restabelecimento após seis meses da perda, ou seja, seu retorno às atividades normais do cotidiano. Desse modo, a pesquisa não possui risco ou desconforto para o sujeito.

Os benefícios que poderão ser obtidos com o estudo estão relacionados à possibilidade de envolver os profissionais da saúde com reflexões sobre a realidade apresentada por cada relato dos pais que vivenciaram o filho natimorto. Contudo, objetivando uma prática centrada nas necessidades da família.

São garantidos os sigilos das informações, o anonimato dos pais participantes, bem como a possibilidade de deixar de participar deste estudo a qualquer momento, mesmo após ter assinado o termo, ou seja, você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízo à sua pessoa.

Se, após a concessão da entrevista, em algum momento, desejar que os dados não devam mais ser utilizados, você poderá contatar a pesquisadora, com certeza da devolução da fita gravada, bem como destruição da transcrição.

Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Os responsáveis pela pesquisa são: Profa Livre Docente Dra Regina Szyllit Bousso, Escola de Enfermagem da USP - Depto ENP. Av Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05435-000 São Paulo-SP. Tel (11) 3061-7602 e Márcia Maria Coelho Rodrigues, Psicóloga, Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Rua Presidente Wenceslau, 1220. Jardim Flamboyant,

CEP: 13090- 510, Campinas, SP. Tel (19) 2121-3333. E-mail: marciamcrodrigues@gmail.com, ou com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, pelo telefone (11) 3061-7548.

Este documento possui duas vias, uma ficará em posse da entrevistada e a outra arquivada com a pesquisadora, Márcia Maria Coelho Rodrigues.

Participação da pesquisa

Eu, _____, número do documento de identidade _____, sexo _____, data de nascimento ____/____/____, Endereço: _____, Telefone: _____.

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa”.

Sem mais,

São Paulo, _____ de _____ de 2009.

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador responsável

Escola de Enfermagem, USP.

* BADENHORST, W.; RICHES, S.; TURTON, P.; HUGHES, P. The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27(4): 245-56, 2006.

Anexo 2

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 04 de fevereiro de 2009.

Ilm.ª Sr.ª

Márcia Maria Coelho Rodrigues

Ref.: Processo nº 780/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “A experiência de perder o filho no período perinatal: necessidades dos pais”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes

Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 3

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa em nível de Mestrado intitulada “**A EXPERIÊNCIA DE PERDER O FILHO NO PERÍODO PERINATAL: NECESSIDADES DOS PAIS**”, que tem por objetivo conhecer a experiência dos pais (mãe e pai) quando vivenciaram a morte de um filho no período perinatal.

Declaro estar ciente que a pesquisa, já aprovada no Comitê de Ética da Universidade de São Paulo e será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da USP /SP, junto a usuários dos Centros de Saúde do município de Campinas (amostra de 10 famílias), sob a orientação da Professora Livre Docente Regina Azyllit Bousso.

Campinas, 06 de fevereiro de 2009

Dr. JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde.