UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM

PSICOLOGIA E SAÚDE

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares

Perda Gestacional: Um olhar de cuidado para a interrupção da transição para a maternidade

UFCSPA
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Porto Alegre

2021

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares

Perda Gestacional: Um olhar de cuidado para a interrupção da transição para a maternidade

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski

Porto Alegre

2021

Catalogação na Publicação

Nottar da Silva Tavares, Sandi Teresinha
Perda Gestacional: Um olhar de cuidado para a interrupção da transição para a maternidade / Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares. -- 2021.
107 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2021.

Orientador(a): Daniela Centenaro Levandowski.

1. Perda Gestacional. 2. Luto Materno. 3. Maternidade. 4. Óbito fetal. 5. Humanização da assistência. . I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Perda Gestacional: Um olhar de cuidado para a interrupção da transição para a maternidade

BANCA AVALIADORA

_____

Dra. Cristina Saling Kruel

Departamento de Psicologia

Universidade Franciscana (UFN)

_____

Dra Luciana Suárez Grzybowsk

Departamento de Psicologia

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

_____

Dra. Simone Isabel Jung

Departamento de Psicologia

Faculdades Integradas de Taquara – FACCAT

Porto Alegre

2021

Aos meus pais e ao meu marido.
Sem eles, essa vivência não teria sido possível.

AGRADECIMENTOS

Assim como um bebê é construído na mente materna antes de sua concepção propriamente dita, a realização desse Mestrado foi pensada e sonhada anos antes, já durante a graduação. Da mesma forma que uma mãe se constrói a partir das identificações e introjeções de cuidado que recebe, eu também pude, ao longo da graduação e desse Mestrado, construir-me a partir das identificações que realizei com colegas, autores e professores. Somado a essas identificações estão o cuidado e carinho de inúmeras pessoas. Esse cuidado construiu um chão sólido no qual eu pude apoiar o meu crescimento e desenvolvimento.

Agradeço ao meus pais, por lutarem pela minha vida ainda no início e garantirem a minha continuidade de ser. Além disso, por me ensinarem o valor da educação e que esse era o melhor caminho para trilhar, quando se deseja chegar em algum lugar.

Agradeço ao meu esposo, que foi como uma rocha firme, em quem eu sempre pude encontrar o cuidado, afeto e amparo necessários nos momentos de medo e ansiedade.

Agradeço aos meus amigos, pelas orações, pelo apoio e pela compreensão da falta da minha presença em alguns momentos.

Agradeço a cada professor que passou pela minha vida e me marcou com palavras de incentivo para realizar esse Mestrado. Essas palavras foram combustível em muitos momentos e eu as guardo com muito carinho em meu coração.

Agradeço ao meu grupo de pesquisa pelas trocas, apoio e pela sensibilidade. Em especial as IC's (Camila, Júlia, Leticia, Clara, Ana Paula e Isadora) que auxiliaram especificamente nesse projeto e foram incansáveis, éticas e dedicadas com cada um dos dados.

Agradeço a minha orientadora, que me auxiliou e contribuiu para o meu crescimento, transitando entre presença sensível e presença implicada. De quem o *Holding* estava sempre garantido. Seu cuidado e ética se tornaram uma inspiração.

Agradeço à colega Priscila Andrews dos Santos, que fez essa travessia ao meu lado e foi continente em tantos momentos, sempre revezando comigo o momento de surtar. Dessa forma, permitindo que a jornada não fosse solitária, me presenteando com a sua amizade.

Por fim, mas não menos importante, agradeço às mulheres participantes desse estudo, que compartilharam comigo suas histórias, suas maiores dores e nos possibilitaram conhecer sua experiência para que os estudos avancem e que outras mulheres possam vivenciar esse momento de perda de uma forma cada vez mais humanizada.

Obrigada a cada um de vocês!

Oh, pedaço de mim
Oh, metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu

(Chico Buarque)

RESUMO

Em virtude de intercorrências no ciclo gravídico-puerperal, mulheres grávidas podem sofrer uma perda gestacional (PG). A morte do bebê durante a gestação repercute de forma intensa e singular nas mulheres e em seus familiares, mobilizando aspectos emocionais muitas vezes difíceis de lidar. A PG acarreta um processo de luto pela perda do bebê e instaura a interrupção do processo de transição para a maternidade, que estava em curso ao longo da gestação, colocando a mulher diante de um trabalho psíquico permeado pela dor. Por isso, o acolhimento das equipes de saúde é um fator importante nesse momento, contribuindo de forma significativa para um melhor desfecho desses processos. O objetivo desta Dissertação foi compreender a experiência de interrupção da transição para a maternidade de mulheres enlutadas em função de uma PG tardia e refletir acerca do cuidado prestado no momento da PG (desde a confirmação da morte do bebê até a alta hospitalar após a realização dos procedimentos médicos necessários). Para atingir esses objetivos, primeiramente organizou-se um estudo teórico, que buscou refletir sobre o impacto do cuidado e assistência da equipe de saúde no contexto da PG. Para mediar essa discussão, foi utilizado o conceito de ética do cuidado de Figueiredo (2009/2011) e conceitos correlatos de outros autores, como Freud, Winnicott e Ferenczi Esse estudo possibilitou constatar que o cuidado satisfatório oferecido às mulheres em contexto de PG tem um impacto significativo nessa vivência. Quando esse cuidado não é satisfatório, a vivência é sentida como uma invasão ou como negligência, ambas configurando uma experiência de descuido. Assim, aponta-se a necessidade de oferecer um cuidado não apenas centrado em questões técnicas, mas também englobando outras esferas, como o olhar humanizado, a empatia e o acolhimento emocional dos envolvidos, além de apoio de diferentes formas (por exemplo, informacional). Já o segundo artigo, de caráter empírico, constitui-se em um estudo de casos múltiplos de cunho transversal, no qual participaram quatro mulheres (32 e 33 anos) que tiveram a perda do filho na primeira gestação e não tinham outros filhos. O objetivo desse estudo foi compreender a experiência de interrupção da transição para a maternidade de mulheres que vivenciaram uma PG tardia. Para a coleta de dados, utilizou-se os seguintes instrumentos: Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, *Brief Symptom Inventory*, Escala de Luto Perinatal (*Perinatal Grief Scale*) e a Entrevista sobre a Vivência de PG. A análise dos dados permitiu identificar a interrupção do processo de transição para a maternidade, que já vinha sendo desempenhada ao longo da gestação. Essa interrupção foi sentida como dolorosa e provocou uma crise de identidade nas participantes em relação ao status materno, devido à falta de representação psíquica para definir o processo singular de maternidade vivenciado por elas. Assim, conclui-se que a presente Dissertação contribuiu para ampliar a compreensão da PG, ratificando a complexidade desse fenômeno, e fornecendo subsídios para o cuidado às mulheres diante da interrupção do processo de transição para a maternidade.

Palavras-chave: Maternidade; Relação Mãe-Bebê; Perda Gestacional; Aborto espontâneo; Óbito fetal; Luto materno; Humanização da assistência.

ABSTRACT

Due to complications in the pregnancy-puerperal cycle, pregnant women can suffer a pregnancy loss (PL). The baby's death during pregnancy has intense and unique repercussions on women and their families, mobilizing emotional aspects that are often difficult to deal with. PL causes a process of mourning for the loss of the baby and establishes the interruption of the transition process to motherhood, which was ongoing throughout the pregnancy, placing the woman in a psychic work permeated by pain. Therefore, the welcoming of health teams is an important factor currently, significantly contributing to a better outcome of these processes. The objective of this Master Thesis was to understand the experience of interruption of the transition to motherhood of bereaved women due to a late PL and to reflect on the care provided at the time of PL (from the confirmation of the baby's death to hospital discharge after the completion of the necessary medical procedures). To achieve these objectives, a theoretical study was first organized, which sought to reflect on the impact of care and assistance provided by the health team in the context of PL. To mediate this discussion, we used the concept of ethics of care by Figueiredo (2009/2011) and related concepts by other authors, such as Freud, Winnicott and Ferenczi. This study made possible to verify that the satisfactory care offered to women that suffered a PL has a significant impact on this experience. When this care is not satisfactory, the experience is felt as an invasion or negligence, both configuring an experience of carelessness. Thus, there is a need to offer care not only centered on technical issues, but also encompassing other spheres, such as the humanized look, empathy and emotional welcoming of those involved, as well as support in different ways (for example, informational).The second article, which is empirical, is a cross-sectional multiple case study, in which four women (32 and 33 years old) who lost their child in their first pregnancy and who had no other children participated. The aim of this study was to understand the experience of interruption of the process of transition to motherhood of women who experienced a late PL. For data collection, the following instruments were applied: Sociodemographic and Clinical Data Sheet, Brief Symptom Inventory, Perinatal Grief Scale, and the Interview on the Experience of PG. Data analysis made it possible to identify an interruption of the transition to motherhood process, which had already been performed throughout pregnancy. This interruption was felt as painful and caused an identity crisis in the participants in relation to maternal status, due to the lack of psychic representation to define the unique process of motherhood experienced by them. Thus, it is concluded that this Master Thesis has contributed to broaden the understanding of PL, confirming the complexity of this phenomenon, and providing support for the assistance of women in the face of interruption of the process of transition to motherhood.

Key words: Motherhood; Mother-baby relationship; Pregnancy Loss; Miscarriage; Stillbirth; Maternal bereavement; Humanization of assistance.

Sumário

Apresentação.....10
Objetivos.....15
Introdução.....16
Artigo 1.....26
Resumo.....27
Introdução..... 29
Discussão Geral 32
Considerações Finais..... 43
Referências 44
Artigo 2..... 47
Resumo..... 48
Introdução..... 50
Método 56
Resultados..... 63
Discussão Geral 64
Considerações Finais..... 80
Referências.....82
Considerações Finais da Dissertação..... 95
Referências da dissertação 98
Anexos.....94
Anexo I – Parecer de Aprovação do Projeto no CEP UFCSPA 95
Anexo II - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....99
Anexo III - Normas para publicação no periódico Psicologia em Estudo.....101
Anexo IIII - Normas para publicação no periódico Psicologia Ciência e Profissão.....105

1 APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado é derivada do projeto de pesquisa "*Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e de repercussões emocionais*" - *LMPG* (Levandowski, 2018) que foi desenvolvido junto ao NEEDS (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde) da UFCSPA e está vinculado à Bolsa Produtividade em Pesquisa da coordenadora. O interesse pelo estudo da temática da perda gestacional (PG) surgiu ainda na graduação, a partir do desenvolvimento do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado "*Sobre(viver) em meio a partidas e chegadas: Investimento materno em uma nova gestação após perda fetal*". Nesse estudo, investigou-se a experiência de duas mulheres que vivenciaram uma nova gestação após uma PG. O foco do estudo estava centrado na experiência da maternidade após a PG e na relação estabelecida com o filho subsequente. Este estudo encontra-se em avaliação para possível publicação na revista Subjetividades.

No decorrer desse TCC, observou-se na literatura um foco no luto materno, nas questões traumáticas, nos sentimentos decorrentes da experiência de PG e na relação estabelecida pelas mulheres com o filho subsequente. No entanto, a maioria dos trabalhos não levava em consideração as experiências das mulheres durante uma gestação interrompida pela morte do bebê, especialmente as alterações psíquicas decorrentes dessa experiência, embora tais vivências possam impactar na forma como a mulher vivencia o luto por esse filho perdido. Entende-se que considerar os aspectos psíquicos pode auxiliar no entendimento e na assistência ao luto materno, motivo pelo qual esse foi o foco desta Dissertação de Mestrado.

O projeto de pesquisa do qual derivam os dados desta Dissertação foi elaborado em um momento em que ainda não havíamos sido impactados pela Pandemia do Covid19

e todos os procedimentos haviam sido pensando para que as coletas de dados ocorressem de forma presencial. Assim, à medida em que a situação de saúde pública se modificou, tivemos a necessidade de adaptar o projeto para que as coletas pudessem ser realizadas no formato online.

Inicialmente foi desafiadora essa transposição do estudo para o formato online, pois o protocolo de coleta era relativamente extenso. Para evitar o cansaço devido à grande exposição às telas, optamos pela redução das questões do protocolo, a fim de tornar mais confortável a participação no estudo. Ainda assim, tivemos muitas desistências no preenchimento do formulário online. Das 717 mulheres que acessaram a pesquisa entre 19 de outubro de 2020 e 16 de fevereiro de 2021, 366 mulheres não completaram o formulário. Com relação aos aspectos pessoais referentes às dificuldades enfrentadas na pandemia, senti dificuldade para me concentrar. Muitas vezes foi difícil falar sobre a morte de bebês, ouvir novamente as entrevistas, em um contexto de mortes em massa relacionadas à pandemia. Ainda assim, aos poucos pudemos encontrar um novo ritmo, em meio a tudo o que estava acontecendo, e as coletas puderam acontecer da forma mais leve possível.

Ao passo que as coletas iam ocorrendo, pudemos perceber que o formato online possibilitou alcançar pessoas de diversos locais do Brasil e assim poder observar aspectos que se assemelham e se diferenciam conforme cada região, o que no formato presencial teria ficado impossibilitado. Além disso, ao longo do processo nos sentimos cada vez mais seguras em relação ao estudo e conseguimos transmitir às participantes essa segurança. Desse modo, pudemos perceber a potência, a relevância e a importância dessa pesquisa tanto para avanços dos estudos nessa área, como também na vida das participantes, que encontravam um espaço no qual puderam dar testemunho das suas

dores e encontrar uma escuta e um acolhimento para a validação dos seus sentimentos e das suas dores.

A literatura revisada apontou particularidades no processo de luto materno diante de uma PG. De acordo com o estudo de Lemos e Cunha (2015), que investigou 11 mulheres com esse tipo de vivência em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, a PG coloca a mulher em uma condição de fragilidade emocional e física, e causa um impacto emocional significativo, independentemente do período gestacional e da paridade (ser primigesta ou não). Particularmente, é importante investigar as particularidades do luto materno entre mulheres que não tiveram filhos após uma PG, conforme indicado (por Teodózio; Barth; Wendland, & Levandowski 2020) e a vivência de interrupção da transição para a maternidade, pois, em geral, os estudos incluem mulheres independentemente da sua condição de paridade. Esse é um aspecto inconsistente na literatura, pois não fica claro o papel que filhos nascidos antes ou posteriormente à PG desempenham para a instauração do processo de luto e o seu desenrolar (Wright, 2011).

Entende-se que o processo de luto e a vivência de interrupção da maternidade para mulheres que não tiveram filhos antes ou depois da PG possa ter características diferentes, pois, para as mulheres que possuem filhos nascidos antes da PG, já existe uma identidade materna estabelecida. Além disso, o filho vivo pode trazer conforto às mães diante desse acontecimento, reassegurando o seu narcisismo. Com relação às mulheres que engravidam depois da PG, pensa-se que o filho subsequente, além de reassegurar o narcisismo materno, também pode ajudá-la a ressignificar essa vivência de perda. Dessa forma, o presente estudo pretendeu contribuir para preencher essa lacuna da literatura ao investigar mulheres que necessitaram lidar com uma PG sem a ancoragem em uma maternidade prévia ou posterior. Conhecer o processo de interrupção da transição para a maternidade nesse contexto é importante para futuras comparações e intervenções.

Diante disso, frente às adaptações necessárias, e após a escuta e leitura das entrevistas, a presente Dissertação teve como objetivo geral compreender a experiência de interrupção da transição para a maternidade de mulheres enlutadas em função de uma PG tardia e refletir acerca do cuidado prestado no momento da PG (desde a confirmação da morte do bebê até a alta hospitalar após a realização dos procedimentos médicos necessários).

Assim, frente aos questionamentos realizados a partir dos dados desta pesquisa, espera-se que a compreensão da PG seja ampliada e que isso possa refletir no cuidado destinado a mulheres que vivenciam a perda de um filho na gestação, seja no âmbito hospitalar ou fora dele

Para atingir o objetivo da Dissertação, foram organizados dois artigos: um teórico e outro empírico, apresentados na ordem em que foram construídos. O primeiro artigo, intitulado: *"Refletindo sobre a ética do cuidado em situações de perda gestacional"*, buscou discutir o cuidado oferecido às mulheres em situação de PG, uma vez que a literatura tem destacado as limitações do cuidado e da assistência de mães e pais que vivenciaram a perda do filho antes de seu nascimento. Diante disso, este artigo teórico buscou refletir sobre a assistência à PG com base nos conceitos de cuidado da teoria psicanalítica, particularmente o conceito de ética do cuidado de Figueiredo (2009/2011). Esse artigo, escrito em coautoria com a minha colega de Mestrado, está formatado conforme as normas da revista Psicologia em Estudo, que tem classificação A2 na área da Psicologia no QUALIS CAPES, para a qual pretende-se submetê-lo após as considerações da banca.

Já o segundo artigo, empírico, intitulado *"Sou mãe sem filho?": Interrupção da Transição para Maternidade por Perda Gestacional"*, buscou discutir a interrupção da transição para a maternidade quando a mulher vivencia uma PG tardia. Foi escrito em coautoria com a minha colega de mestrado e uma aluna de Iniciação Científica, ambas integrantes do NEEDS/UFCSPA. Esse artigo qualitativo, com delineamento de estudo de

casos múltiplos, está formatado conforme as normas da revista Psicologia Ciência e Profissão, que tem classificação A2 na área da Psicologia no QUALIS CAPES, para a qual pretende-se submetê-lo após as considerações da banca.

Após a apresentação dos artigos, seguem as Considerações Finais da Dissertação e demais materiais e documentos dos estudos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a experiência de interrupção da transição para a maternidade de mulheres enlutadas em função de uma PG tardia e refletir acerca do cuidado prestado no momento da PG (desde a confirmação da morte do bebê até a alta hospitalar após a realização dos procedimentos médicos necessários).

2.2 Objetivos Específicos

Artigo 1

Refletir sobre a assistência à perda gestacional

Artigo 2

Compreender o processo de interrupção da transição para a maternidade

INTRODUÇÃO

Alterações psíquicas promovidas pela gestação e a relação mãe-bebê

A transição para a parentalidade é um momento da vida que representa uma crise para ambos os pais. A chegada de um filho altera aspectos familiares, sociais e a realidade interna e externa, o que evoca nos genitores a conflitiva edípica e atualizações narcísicas. De fato, um ajustamento psíquico é necessário para abarcar as novas necessidades e desempenhar a função parental (Alvarez & Golse, 2009).

Para a mulher, essas modificações físicas e psíquicas já são vividas antes de o bebê nascer, desde a gestação. Conforme a gestação vai transcorrendo, os novos papéis são incorporados e uma adaptação é necessária (Maldonado, 2013). Em virtude dessa construção da maternidade, compreende-se que a gestação mobiliza de maneira significativa inúmeros aspectos relacionados não apenas ao corpo da gestante, mas também ao seu psiquismo. Por isso, caracteriza-se como um momento regressivo, diante do qual a mulher apresenta sentimentos de ambivalência, ansiedade e uma sensibilidade aumentada (Langer, 1981; Lebovici, 1987; Maldonado, 2013; Soifer, 1980).

Vários autores psicanalíticos têm desenvolvido, ao longo dos anos, conceitos teóricos que explicam e caracterizam a transição para a maternidade e as mudanças psíquicas presentes nesse momento. Dentre esses, no presente projeto destacam-se a Constelação da Maternidade (Stern, 1997), a Preocupação Materna Primária (Winnicott, 1988), o Narcisismo (Freud, 1914/2010), o Bebê Imaginário (Lebovici, 1987) e a Relação de Objeto Virtual (Missonier, 2009). Esses conceitos foram elencados como centrais para a compreensão do tema em estudo, por fazerem referência às alterações psíquicas e às vivências subjetivas da mulher durante o período gestacional.

Segundo Stern (1997), durante toda a gravidez a mulher faz uma preparação psíquica que é fundamental para a construção da identidade materna, estando as bases dessa construção arraigadas na infância da gestante. Essa preparação inclui as expectativas, os sonhos, os medos e as fantasias sobre como será o bebê e de como ela desempenhará seu papel como mãe, esposa e profissional. O processo envolve também o luto pelo seu corpo e sua identidade, pois ela passa a ser, além de filha, esposa e profissional, também mãe (Stern, 1997). O autor denomina essa nova organização psíquica de *Constelação da Maternidade.*

Nessa mesma direção, o pediatra e psicanalista inglês Donald W. Winnicott (1988) cunhou o conceito de *Preocupação Materna Primária* para explicar a transição para a maternidade. Segundo o autor, nos últimos meses de gestação em geral as mulheres

desenvolvem um estado de sensibilidade aumentado, que ele considera como um adoecimento psíquico normal. Quando entra nessa condição, a mulher fica mais regressiva e retraída (ocorre um afastamento da realidade), características semelhantes ao que ocorre na psicose. É esse estado de sensibilidade aumentada que capacita a mulher a compreender e se adaptar às necessidades do filho. É através dessa sintonia que se estabelece entre ambos que as necessidades do bebê serão identificadas pela mãe, pois ela conseguirá sentir o que o bebê sente e saber o que ele precisa. Essa relação estabelecida pela dupla demonstra um contexto de reciprocidade, no qual um não existe sem o outro. Assim, usando termos diferentes, percebe-se como esse estado psíquico postulado pelo autor se alinha à Constelação da Maternidade.

Como já exposto, durante a gravidez ocorre tanto o desenvolvimento de um bebê no ventre como no psiquismo materno. Lebovici (1987) denomina de *Bebê imaginário* essa construção do bebê na mente materna. Segundo o autor, coexistem três bebês na mente materna: um bebê edípico, um imaginário e o bebê propriamente dito. O bebê edípico refere-se ao mais inconsciente de todos, pois retrata a época infantil da gestante. Trata-se de um bebê da fantasia, o resultado do desejo de ter um filho com o pai. O bebê imaginário, por sua vez, seria aquele que é construído de acordo com as expectativas conscientes em relação à maternidade durante a gestação, embora também decorra das expectativas construídas de antemão pela gestante, a partir de suas identificações e de seu desejo. Por fim, o bebê propriamente dito, que se refere ao bebê real, é aquele que nasce durante o parto.

Outro conceito que permeia a gestação e a relação da mulher com o bebê gestado é o de *Narcisismo*. Freud (1914/2010), ao se referir à parentalidade, já havia tecido alguns apontamentos sobre esse tema. Para ele, o amor e a afeição dos pais para com seus filhos estão relacionados a aspectos narcísicos de ambos. Os pais revivem em seus filhos o seu narcisismo primário que já foi abandonado, atribuindo a eles todas as perfeições e depositando neles suas expectativas, desejos e sonhos não realizados, isto é, fornecendo a eles os privilégios que eles mesmos não tiveram.

Comumente considera-se que a mulher passa a vivenciar a maternidade propriamente dita após o nascimento do bebê. No entanto, os conceitos apresentados demonstram que, mesmo durante o período gestacional já é possível observar experiências e sentimentos correlatos à maternidade. Essa condição foi constatada empiricamente no estudo realizado por Piccinini et. al. (2008) sobre os sentimentos de gestantes gaúchas em relação à maternidade. Naquele estudo, as participantes se sentiam

voltadas para seu bebê, desenvolvendo cuidados com a alimentação, redirecionando objetivos de vida, reorganizando seu tempo e também alguns hábitos pessoais. Os autores ressaltam que estes movimentos por parte da mulher (de voltar-se ao bebê gestado) caracteriza a construção de um espaço psíquico para ele. Por esse motivo, sugerem que a gravidez não se caracteriza apenas como um período de preparação para a maternidade, mas sim como parte da maternidade propriamente dita, uma vez que já se verifica um papel materno ativo diante dos acontecimentos inerentes a este processo e já existe um bebê que evoca sentimentos e mudanças. Assim, na gestação, "a maternidade não é futura, é presente" (Piccinini et al., 2008, p. 70). A partir da percepção consciente ou inconsciente da gravidez, já ocorre um movimento psíquico da mulher em direção ao feto, dessa maneira se estabelecendo a relação mãe-bebê, que acarreta modificações internas e externas para a gestante (Maldonado, 2013).

Por esse motivo, Missonier (2009) emprega o termo *Relação de Objeto Virtual* para caracterizar a relação estabelecida entre mãe e feto. Segundo ele, essa relação é dinâmica e envolve um conjunto de aspectos comportamentais, afetivos e representacionais direcionados ao feto. Essa relação de objeto virtual seria a base para o desenrolar da relação de objeto propriamente dita. Conforme o autor, na gestação a mulher direciona investimentos narcísicos intensos ao feto até emergir progressivamente um investimento pré(objetal) em direção à constituição do bebê como um objeto total.

Nessa direção, Aragão (2012) também ressalta que a gestação é o período no qual a mulher faz um trabalho psíquico de preparação para a relação objetal que estabelecerá com o bebê após o nascimento. Para a autora, essa é uma construção progressiva, preparatória e antecipatória da alteridade do feto. Esse trabalho psíquico, embora seja contínuo, pode ser marcado por alternâncias e momentos de crise. Nos momentos de ambivalência, pode ocorrer uma descontinuidade, já que a presença do feto também provoca na mulher privações e renúncias que ela não imaginava. Instaura-se um processo de luto referente à vida antes da maternidade, que possibilita a construção de um lugar para o feto em desenvolvimento. Somado a isso, o feto coloca a gestante em um lugar de passividade, exigindo dela um trabalho psíquico complexo, com características narcísicas e objetais. Esses aspectos despertam e ativam a ambivalência, vivenciada desde muito cedo na gestação. Diante dessas angústias, a mulher precisa lançar mão de uma organização da experiência da gravidez, para torná-la suportável.

Assim, conforme Aragão (2007), durante a gestação a mulher vivencia uma preparação psíquica que envolve três dimensões: o tempo, o espaço e a identificação.

Todas essas dimensões são perpassadas por alterações na estrutura narcísica da mulher. O tempo gestacional cria uma temporalidade, na qual a mulher vai transitar dentre os processos de transformação em seu psiquismo, simultaneamente às mudanças corporais e ao crescimento do bebê. Por outro lado, as mudanças corporais produzem alterações no Eu corporal e mudam o sentimento de si e do próprio espaço psíquico da mulher, que se transforma para conter outro ser dentro de seu corpo e de sua vida. Tais mudanças envolvem, dessa maneira, alterações narcísicas e objetais (Aragão, 2007). Esses dois movimentos psíquicos (narcísico e objetal) vivenciados durante a gestação pela mulher assemelham-se ao movimento que ocorre no processo de luto melancólico, no qual surgem angústias edípicas e de abandono. Diante disso, o cenário do nascimento do bebê se configuraria como a perda do objeto (o feto) ainda virtual. Devido a essas características, a autora considera o objeto feto como potencialmente melancólico, pois o investimento destinado a ele é de ordem narcísica (Aragão, 2007).

Diante do exposto, questiona-se o que ocorre quando esse processo psíquico de investimento da gestante no bebê é interrompido em função da morte do bebê. A seguir, tendo em vista o foco do presente projeto, será abordada a PG e suas características.

A perda gestacional e suas características conforme o trimestre gestacional

Devido às inúmeras especificidades da gravidez, alguns autores dividem esse período em trimestres, caracterizados por vivências e sentimentos peculiares (Langer, 1981; Soifer, 1980; Maldonado, 2013). Durante o primeiro trimestre, a mulher tende a passar por períodos de muita sonolência e retraimento, sintomas que revelam a regressão e a identificação fantasiada com o feto (Soifer, 1980). Para Soifer, a sonolência torna-se a via pela qual a gestante passa a afastar os estímulos externos e internos e também a maneira que encontra para lidar com a ansiedade que o momento mobiliza.

Segundo Maldonado (2013), é comum também, nesse primeiro trimestre, a manifestação de sentimentos de ambivalência, que dizem respeito a uma oscilação entre o desejar e o não desejar a gravidez. Essa ambivalência fica evidente até o fim da gestação. Outro aspecto observado no início da gravidez são as náuseas e vômitos, que podem ser entendidos como manifestações fisiológicas que servem para evidenciar a gestação e dar vazão à ansiedade (Soifer, 1980). Nesse período, a ansiedade representa a ambivalência e as vivências persecutórias específicas da maternidade, consequência de sentimentos de culpa infantil pelos ataques fantasiosos feitos pela gestante, quando criança, à sua mãe e também do desejo de ocupar o lugar da mãe frente ao pai (Langer, 1981). Langer salienta

ainda que não existe gravidez livre de conflitos e angústias, pois esse momento é de grandes mudanças e demandas para a mulher. No entanto, ao passo que a mulher vivencia angústias, ela também pode experimentar sentimentos de alegria e plenitude e sentir-se identificada com seu bebê.

Já o segundo trimestre de gestação, do ponto de vista emocional, é considerado o mais estável, pois é quando a mulher percebe os primeiros movimentos fetais e passa a atribuir ao feto características pessoais, o que contribui para a formação de uma relação com o bebê. Nessa fase surgem também os temores relacionados ao esquema corporal, de que este não volte à forma antiga, aspecto que pode estar relacionado ao medo inconsciente de ficar modificada pela maternidade e da perda de identidade (Maldonado, 2013; Soifer, 1980).

Já no terceiro trimestre, a ansiedade tende a retornar devido à proximidade do parto e das mudanças suscitadas por ele. São identificados sentimentos contraditórios entre o desejo de ter o bebê e finalizar a gravidez e o desejo de postergar as demandas futuras e seguir com a gestação. Surgem também, por meio de sonhos e fantasias, os medos relacionados ao parto, como, por exemplo, de ficar com os órgãos genitais deformados, de morrer, de não ter leite suficiente para amamentar e o bebê morrer. Somadas a isso, surgem fantasias em relação a si própria e ao desempenho da maternidade (Maldonado, 2013; Soifer, 1980).

Em decorrência das alterações psíquicas, emocionais e corporais vivenciadas durante a gestação, esse período pode ser considerado como de grande vulnerabilidade física e emocional para a mulher (Maldonado, 2013). Embora, no imaginário social, a maternidade seja entendida como um momento do ciclo vital de nascimento, alegria, de começo de uma nova vida (Maushart, 2006), há casos em que esse desfecho de vida não é possível, em virtude de intercorrências no ciclo gravídico-puerperal. Dessas intercorrências pode resultar uma PG, com a morte do bebê no ventre materno ou após alguns dias após o nascimento (Maushart, 2006). Pode-se pensar na PG como um aspecto que amplia a vulnerabilidade já presente nesse momento de vida da mulher.

A PG é um evento que pode ser considerado frequente no Brasil. No ano de 2017, foram registrados 30.620 casos de óbitos fetais no país. A maioria desses casos ocorreu com mulheres de 20 a 29 anos. Em 40% dos casos, as perdas ocorreram entre a 28° e a 36° semanas de gestação (Brasil, Ministério da Saúde, 2019). Diante desses dados, pode-se observar que a morte na maternidade é um evento bastante frequente (Iaconelli, 2007).

Quando ocorre a morte de um filho, observa-se um abalo na estrutura familiar. Ter um filho representa, para o inconsciente dos pais, a possibilidade de transcender a morte, uma vez que partes deles permanecem vivas no filho, tanto pela transmissão genética como também pelas expectativas e projetos depositados no bebê. Assim, a morte da criança retira dos pais as esperanças depositadas nos projetos imaginados para aquele bebê e invoca um cenário de fracasso. Os pais tendem a vivenciar sentimentos de impotência perante a morte e a privação da presença do filho, sendo essas situações extremamente dolorosas também para os familiares (Defey, Rossello, Friedler, Nuñez, & Terra, 1992). Em função disso, considera-se o processo de luto decorrente desse tipo de perda como de difícil elaboração.

Em situações típicas de gestação, a mulher já costuma vivenciar sentimentos de vazio após o parto. No entanto, a presença real do bebê lhe conforta. Nos casos em que a PG ocorre, esse sentimento de vazio é duplo. Assim, a mulher precisa lidar tanto com um vazio interno como com o vazio externo, causado pela morte do feto (Defey et al., 1992).

Como comentado, a interrupção da parentalidade para os pais devido à morte do bebê causa a frustração dos desejos e fantasias construídos anteriormente e concomitantemente à gestação (Muza, Sousa, Arrais, & Iaconelli, 2013). Conforme destacado por Soifer (1986), essa impossibilidade de realização da maternagem causa uma profunda ferida narcísica e produz uma dor que pode ser intolerável, tendendo a provocar uma situação de recuperação difícil e lenta. Nos relatos das mulheres, o sentimento de que uma parte de si lhes foi arrancada é bem frequente.

Há inúmeras particularidades no processo de luto materno decorrente de uma PG. Em uma revisão da literatura realizada por Duarte e Turatto (2009), os autores salientam que, devido às particularidades dessa perda, sentimentos complexos costumam emergir, tais como sensação de fracasso, impotência, sensação de que parte do corpo foi retirada, ausência de lembranças, além de questões que revelam conflitos relacionados à identidade feminina e também ao papel que a mulher exerce na sociedade.

Nessa direção, o estudo qualitativo realizado por Teodózio e Levandowski (2019, submetido), que investigou as particularidades do luto materno em quatro mulheres jovens que sofreram PG em diferentes momentos da gestação, constatou elementos de ordem narcísica, melancólica e traumática que permeiam essa vivência materna de luto. A partir dos relatos das participantes, observou-se que os aspectos narcísicos estão relacionados à gestação, pois nesse momento o bebê se constitui para a mãe como um objeto narcísico, para o qual ela direciona seus investimentos psíquicos. Os aspectos

melancólicos se referem à dificuldade de não diferenciação do que foi perdido e do eu materno; assim, a PG fica atrelada ao eu materno, estabelecendo-se uma identificação com aquilo que foi perdido. E, por fim, as questões traumáticas se relacionaram ao tipo de acolhimento da equipe de saúde e dos familiares disponibilizados no momento da perda. A falta de reconhecimento social desse tipo de perda leva o entorno a negar o sofrimento materno, o que acarreta falta de acolhimento, tornando a PG uma experiência permeada por excessos pulsionais difíceis de serem inscritos no psiquismo.

Talvez em função dessa falta de reconhecimento social da PG, não se verifica uma valorização desse acontecimento como uma questão importante de saúde pública (Frøen et al., 2011). De fato, pesquisas realizadas nos últimos anos têm se referido aos natimortos como "perdas invisíveis" (Cacciatore, 2013; Fockler et al., 2017; Frøen et al., 2011; Heazell, 2016; Murphy & Cacciatore, 2017). Esses estudos assinalam que essa falta de validação social decorre do fato de a gestação não resultar em um filho vivo como comumente esperado, somada à dificuldade de visualizar o que foi perdido, pois o feto ainda estava dentro do ventre materno.

A cobrança social para gerar filhos vivos coloca a mulher em uma situação de fragilidade e insegurança, quando esse desejo é impossibilitado porque o bebê não sobrevive à gestação. Esse contexto e os sentimentos despertados por ele podem influenciar na maneira como a mulher vivencia o luto pelo feto (Freire, 2012). O desmentido da experiência materna contribui para acentuar o sofrimento vivenciado por pais e familiares. De fato, essa invisibilidade resulta na falta de políticas públicas para orientar o manejo desses casos, que podem ter seu processo de luto agravado ou dificultado pelo estigma social (Cacciatore, 2013; Fockler et al., 2017; Frøen et al., 2011; Heazell, 2016; Murphy & Cacciatore, 2017). Por sua vez, esse cenário de dor, cobrança e invisibilidade social pode carregar em si um potencial traumático (Aguiar & Zornig, 2016).

Além dos impactos psicológicos, estudos apontam também o impacto social e econômico da perda gestacional (Cacciatore, 2013; Fockler et al., 2017; FRØEN et al., 2011; Heazell, 2016; Murphy & Cacciatore, 2017). No que tange ao impacto econômico, foi possível observar, na revisão da literatura realizada por Heazell (2016), que os custos com bebês natimortos são consideravelmente altos e ocorrem de maneira direta e indireta. Por exemplo, existe o custo do enxoval que pode não ser usado depois, dos exames especializados necessários para a descoberta da causa da morte, ou mesmo de uma psicoterapia, afora a perda da renda, que ocorre quando existe a impossibilidade de um

dos genitores de retornar ao trabalho, seja por fatores de ordem física ou emocional. Ainda, pode-se citar as despesas com funeral e outras documentações, sem contar os gastos do Estado, que, em alguns casos, acaba custeando para a família todos os exames e procedimentos necessários após a morte fetal.

Como visto, a PG evoca emoções intensas e pensamentos difíceis de administrar. Há uma confusão quanto ao status do feto, isto é, se este se constitui, de fato, como um bebê e um filho ou não, pois não veio nascer. Além disso, o vínculo desenvolvido entre mãe e filho permanece em um estado embrionário, tornando difícil para o entorno reconhecer o que foi perdido (Defey et al., 1992). Como mencionado, essa evitação social do luto decorrente de uma PG contribui para uma experiência de desmentido da perda pela mulher, que pode assumir um caráter traumático (Aguiar & Zornig, 2016; Bailey et al., 2019; Freire, 2012; Iaconelli, 2007; Lemos & Cunha, 2015) e dificultar até mesmo a instauração do processo de luto (Campbell-Jackson & Horsch, 2014; Murphy & Cacciatore, 2017; Muza et al., 2013), revelando o impacto negativo da PG no âmbito individual (Heazell et al., 2016; Frøen et al. 2011). Nessa direção, a revisão sistemática realizada por Campbell-Jackson e Horsch (2014) apontou a PG como uma experiência que causa angústia e pode originar sintomas como ansiedade, depressão e bem-estar negativo. Esses sintomas tendem a ser mais intensos nos primeiros meses, mas podem persistir até três anos após a perda.

Nessa perspectiva, Aguiar e Zornig (2016) destacam a singularidade do trabalho de luto vivenciado por mulheres que tiveram uma experiência de perda fetal. As autoras ressaltam que nesse momento o luto ocorre pelo bebê perdido e também pelas partes infantis da mulher. Faz-se um luto pelos conflitos não resolvidos, as relações idealizadas com o feto e pelo ser mãe, pois morre não somente o bebê, mas também, em certa medida, a maternidade que foi construída pela mulher.

Nos casos de aborto no início da gestação, é possível observar um humor deprimido nas mulheres, conforme indicou o estudo realizado por Nomura et al. (2011) em São Paulo (n=166) e Natal (n=150). O estudo buscou avaliar aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto e o diagnóstico de depressão maior. Foram encontrados índices elevados de diagnóstico de depressão. Além disso, no momento em que a gestação foi interrompida, ocorreu uma reavaliação das escolhas e perspectivas futuras dessas mulheres, gerando um sentimento de vazio e de culpa devido à impossibilidade de levar a gestação até o final.

Estudo anterior realizado por Assunção e Tocci (2003) sobre perdas gestacionais no início da gravidez também havia evidenciado um processo de luto de difícil elaboração nessas mulheres, acompanhado de reações depressivas e dor emocional. Conforme os autores, ocorre o luto pelo bebê perdido e pela impossibilidade de estabelecer uma relação com ele. Desejos, fantasias e expectativas depositadas na gestação são interrompidos.

Outro estudo, realizado por Faria-Schützer, Neto, Duarte, Vieira, e Turato (2014) com cinco mulheres paulistas com PG após as 20 semanas, evidenciou, entre as entrevistadas, sentimentos de angústia, culpa-castigo, impotência e vulnerabilidade diante da vida, assim como tentativas de desvincular-se do filho perdido. Elas descreveram sentimentos de vergonha e incapacidade, de falta de esperança em relação ao futuro e de rebaixamento da autoestima.

Conforme a literatura, as perdas gestacionais tardias tendem a gerar, além dos sentimentos já descritos, reações de luto mais intensas em comparação àquelas ocorridas no início da gestação (Goldbach, Dunn, Toedter, & Lasker, 1991). No entanto, é possível observar que, independentemente do momento em que ocorre, a situação de luto para uma mãe é delicada e pode impactar vários âmbitos da vida (emocional, social, biológica, profissional) (Almeida, Garcia-Santos & Haas, 2011). Assim, a morte do filho ainda em período gestacional representa uma grande perda diante do desenrolar do processo de gestar e das mudanças psíquicas vivenciadas nesse momento (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro; 2010).

Outro aspecto destacado por alguns autores referente à PG é que esta causa uma ferida narcísica na mulher (Iaconelli, 2007; Freire & Chatelard, 2009; Freire, 2012; Aguiar e Zornig, 2016; Teodózio e Levandowski, 2019, submetido). Conforme destacado por Freire e Chatelard (2009), quando ocorre o nascimento de um bebê saudável, esse reaviva narcisicamente a mãe. Por outro lado, quando há uma PG, a mulher vivencia uma ferida em seu narcisismo. Iaconelli (2007) refere que o narcisismo da mulher engloba o feto como um objeto para o qual ela direciona investimentos, criando em sua mente um bebê ideal. Nos casos de PG, a mulher não terá um bebê real que confronte o bebê que ela criou em sua fantasia. Com isso, a relação que predomina na PG é uma relação imaginada com um bebê ideal. Além disso, o nascimento de um bebê real, mesmo causando um conflito entre real e ideal, gera um conforto para a mulher. Quando o bebê morre, esse conforto fica impossibilitado, impactando narcisicamente, pois as projeções direcionadas ao bebê e à maternidade precisam ser redirecionadas para a mulher.

Nessa direção, Aguiar e Zornig (2016) relatam que qualquer nascimento, por si só, desencadeia um cenário de crise e elaboração de lutos. No caso da PG, os pais vivenciam sentimentos de incompreensão, o que acarreta um processo de elaboração psíquica diferenciado, porque as representações do bebê morto não se enquadram nas representações de morte comuns (Aguiar & Zornig, 2016), até pela ruptura do ciclo vital (Freire, 2012).

Diante desse cenário, observa-se que o processo de luto pode se intensificar devido à falta do bebê real, que geralmente traz um conforto e revela que os sentimentos de ambivalência maternos, vivenciados no início da gestação, não o prejudicaram. Na PG, ocorre o contrário: os pais encontram como realidade as fantasias e medos que vivenciaram durante a gestação, acarretando sentimento de culpa para algumas mulheres, o que pode tornar esse momento perturbador.

3 ARTIGO 1

A ÉTICA DO CUIDADO EM SITUAÇÕES DE PERDA GESTACIONAL

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares
Priscila Andrewns dos Santos
Daniela Centenaro Levandwski

A ser submetido ao periódico Psicologia em Estudo

(Classificação Qualis A2 – CAPES, Área: Psicologia)

Refletindo sobre a Ética do Cuidado em Situações de Perda Gestacional

Cuidado na Perda Gestacional

Reflectin on the Ethics of Care in Situations of Gestational Loss

Care in Gestational Loss

Reflexionando sobre la Ética del Cuidado en Situaciones de Pérdida Gestacional

Cuidado en Pérdida Gestacional

Resumo

A literatura tem ressaltado as limitações das ações das equipes de saúde voltadas à assistência de mães e pais que vivenciaram a perda de um filho ainda durante a gestação. Frente à necessidade de se repensar as práticas de cuidado neste contexto, este artigo teórico buscou refletir sobre a assistência à perda gestacional com base nos conceitos de cuidado da teoria psicanalítica, particularmente o conceito de cuidado postulado pelo autor Figueiredo (2007), em sua articulação com outras perspectivas relacionadas à compreensão de cuidado, de autores como Freud, Winnicott e Ferenczi. Dessa forma, percebe-se que a assistência aos pais e mães nesse contexto não deve estar centrada apenas nos aparatos técnicos e na atenção aos aspectos físicos, como também deve englobar o olhar humanizado, a empatia e o acolhimento emocional, bem como o fornecimento de apoio de diferentes formas (técnico, emocional e social), com o intuito de caracterizar-se de fato como cuidado.

Palavras-chave: Óbito fetal; psicanálise; humanização da assistência.

Abstract

The literature has highlighted the limitations of health teams' actions aimed at assisting mothers and fathers who have experienced the loss of a child during pregnancy. Faced with this need to rethink care practices in this situation, this theoretical article sought to reflect on gestational loss care based on the concepts of care in psychoanalytic theory, particularly the concept of care postulated by Figueiredo (2007), in its articulation with other perspectives related to the understanding of care, from authors such as Freud, Winnicott and Ferenczi. It is noticed that the care and assistance offered to fathers and mothers in this context should not be centered only on technical devices and attention to physical aspects, but encompass other spheres, such as the humanization, empathy and emotional care, as well as the provision of support in different ways (technical, emotional and social), in order to truly characterize itself as care.
Key-words: Stillbirth; psychoanalysis; humanized assistance.

Resúmen

La literatura ha resaltado las limitaciones de las acciones de los equipos de salud dirigidas a asistir a madres y padres que han experimentado la pérdida de un hijo durante el embarazo. Ante esta necesidad de repensar las prácticas de cuidado en este contexto, este artículo teórico buscó reflexionar sobre el cuidado de los médicos para la familia a partir de los conceptos de cuidado en la teoría psicoanalítica, particularmente el concepto de cuidado postulado por Figueiredo (2007), en su articulación con otras perspectivas relacionadas a la comprensión del cuidado, de autores como Freud, Winnicott y Ferenczi. Se advierte que la atención y asistencia que se brinda a los padres y madres en este contexto no debe centrarse únicamente en los dispositivos técnicos y a los aspectos físicos, sino que englobar otros ámbitos, como la mirada humanizada, la empatía y el cuidado emocional, así como la oferta de apoyo de diferentes formas

(técnicas, emocionales y sociales), con el fin de caracterizarse verdaderamente como cuidado.

Palabras clave: Muerte fetal; psicoanálisis; asistencia humanizada.

> O radiologista olhou para o médico e balançou a cabeça. E ele falou assim: ‘A neném tá sem sinais vitais'(Patrícia). Tu fica sem reação, assim, não fica acreditando. Inclusive, até a hora do parto foi a hora que eu acreditei, né, porque antes eu achava que ele poderia vir ainda [com vida] (Jorge).

A perda gestacional (PG) é um evento complexo, que pode implicar em mudanças na vida e na dinâmica psíquica de quem a vivência. Tal experiência pode acarretar diferentes repercussões emocionais e distintos modos de viver o processo de luto (Duarte & Turatto, 2009), de acordo com as características de cada membro da dupla parental e da situação da perda em si. De fato, as diferentes formas e razões, pelas quais essas perdas acontecem e o momento gestacional (físico e psíquico) em que os pais se encontram ao se constatar a morte do bebê repercute na vivência dessa experiência (Lopes & Pinheiro, 2013), que tem recebido diferentes nomenclaturas de acordo com parâmetros clínicos. Assim, atualmente, não há uma forma única para se referir à morte de um bebê, sendo usados termos como aborto, óbito fetal, natimorto, perda fetal, dentre outros. Essa diversidade de nomenclaturas acarreta em uma dificuldade de precisão teórica e de comparação entre os estudos, especialmente quando se referem às perdas gestacionais e neonatais (Delabaere et al. 2014).

Apesar dessas dificuldades de definição e conceituação, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a morte fetal como a morte do produto da gestação antes da sua extração ou completa expulsão do

corpo materno, não importando o tempo de gravidez. Já o óbito fetal aconteceria quando, após a separação, o feto não respira nem dá outros sinais de vida, referindo-se este termo às perdas ocorridas a partir da 22º semana completa de gestação, ou seja, de 154 dias, com feto de peso igual ou superior a 500g e/ou com estatura a partir de 25cm. Além dessa nomenclatura, utiliza-se também o termo aborto. O aborto espontâneo designa os casos em que o feto possui marcadores inferiores a esses, sendo considerado precoce quando ocorre antes da 13ª semana de gravidez, ou tardio, quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semana (Brasil, 2009). Diante dessa diversidade, no presente estudo optou-se pelo emprego do termo Perda Gestacional (PG) para se fazer referência a abortamentos e óbitos fetais. Dessa maneira, abarca-se, independentemente do período gestacional, as experiências de perdas de bebês.

A ocorrência de perdas gestacionais no Brasil é alta. De acordo com últimos dados do Ministério da Saúde, em 2017, cerca de 30 mil casos foram registrados, sendo maior a ocorrência entre mulheres de 20 a 24 anos (Brasil, Ministério da Saúde, 2019). Pressupõe-se que esses números sejam ainda mais expressivos, diante dos abortos e das ocorrências que não chegam a ser registradas oficialmente. Cerca de 15 a 20% das gestações diagnosticadas culminam em aborto espontâneo, sendo as 13 primeiras semanas o período mais crítico para tal (Mora-Alferez et al, 2016; Zhou, Liu, Liu, Zhang, Chen, & Qi, 2016).

Muitas são as consequências de uma PG, destacando-se os impactos emocionais para os pais, riscos de complicações clínicas e até mesmo risco de vida para as mulheres. Destaca-se as também as despesas aos cofres públicos com a internação e a realização de procedimentos médicos, constituindo-se como um importante problema de Saúde Pública (Oliveira, M. T. S., Oliveira, C. N. T., Marquês, Souza e Oliveira, M.V., 2020).

A PG é um evento que mobiliza intenso sofrimento na mulher e no seu entorno familiar (Aguiar & Zornig, 2016). Contudo, estudos apontam que essa vivência é permeada por um silêncio e uma desvalorização social. Esse não reconhecimento social da PG está bem documentado na literatura nacional (Lopes & Pinheiro, 2013; Aguiar & Zornig, 2016; Iaconelli, 2007) e internacional (Cacciatore, 2013; Frøen et al., 2011; Heazell et al, 2016; Kelley & Trinidad, 2012; Murphy & Cacciatore, 2017; Üstündağ-budak et al., 2015). Como demonstrado por Lopes e Pinheiro (2013), mulheres que experienciam uma PG comumente tem suas experiências desvalorizadas ao ouvirem frases como: "*Não se preocupe, logo você terá outro filho*", "*Você é jovem, poderá ainda ter muitos filhos*", "*Não chore, procure esquecer*" (p. 367).

Aguiar e Zornig (2016) apontam que a rede social dos pais e mães que vivenciam uma PG tem dificuldade de compreender a dor vivenciada por eles, pois, para essas pessoas, o filho perdido nunca existiu. Por conta disso, familiares, amigos e colegas podem acabar desmentindo a experiência de PG a partir dessa falta de validação. Por sua vez, o não reconhecimento é prejudicial para a instauração dessa experiência potencialmente traumática no psiquismo parental (Iaconelli, 2007).

Essa desvalorização e falta de reconhecimento também se faz presente no âmbito da assistência à PG. Em estudo realizado por Kelley e Trinidad (2012) nos Estados Unidos, buscando compreender a experiência vivida pelos pais enlutados com relação ao apoio recebido no contexto hospitalar, observou-se que a conduta médica pode contribuir para acentuar ou intensificar o impacto da PG, dependendo da adequação do ambiente físico às necessidades dos pais, da qualidade da comunicação e reconhecimento, validação e acolhimento emocional por parte da equipe. Estudo realizado no noroeste gaúcho com profissionais da Estratégia da Saúde da Família que atuam em casos de PG corroborou essa compreensão, referindo observar que a

identificação, o vínculo e o reconhecimento do sofrimento envolvido contribuem para a criação de estratégias e condutas mais adequadas de abordagem aos pais e familiares (Amthauer, Van der Sand, Hildebrandt, Linck, & Girardon-Perlini, 2012).

Em função disso, nesse estudo teórico buscou-se refletir sobre a assistência à PG com base nos conceitos de cuidado da teoria psicanalítica, particularmente o conceito de cuidado postulado por Figueiredo (2007), em sua articulação com outras perspectivas relacionadas à compreensão de cuidado, de autores como Freud, Winnicott e Ferenczi. Verifica-se, até o presente momento, a ausência de reflexões sobre o cuidado à PG com base na teoria geral do cuidado de Figueiredo (2009/2011), o que se entende como relevante para ampliar a visão de cuidado e a assistência nesse contexto de sofrimento físico e psíquico intenso para pais e mães, bem como para os profissionais da saúde e os familiares. Situa-se a seguir o marco teórico que fundamenta as reflexões que serão tecidas depois, a partir de estudos sobre a assistência à PG.

A ética e o cuidado

A literatura psicanalítica é vasta ao abordar o tema do cuidado, identificando sua importância na constituição e desenvolvimento físico e psíquico do sujeito desde Freud, que apontou a sua função estruturante, até alguns autores contemporâneos. O cuidado está presente na vida dos indivíduos desde o seu início até a sua morte, e pode ser expresso de diversas formas e em diversas modalidades, sendo a marca da presença do outro. O modo como somos recebidos, acolhidos e posicionados no mundo nos subjetiva e nos afeta (França & Rocha, 2015).

Freud, no texto Inibições, Sintomas e Angústia (1969/1926), teorizou sobre a dependência física e psíquica do bebê em relação aos cuidados da mãe, sendo o estado de desamparo do bebê a denúncia da fragilidade humana inicial frente ao mundo e os

desafios impostos por ele enquanto condição para o desenvolvimento de uma vida física e psíquica. Para Freud, além de garantir as funções vitais do bebê e suas necessidades de preservação, é este cuidado que permite a constituição de uma vida afetiva e estruturação subjetiva, sendo esta posição de dependência inicial humana um indicador da importância do lugar que o olhar e o cuidado de um outro assumem. É, então, a partir da presença ou ausência desta proteção e interação com este outro e seu corpo, outro este que o acalenta, acolhe e nutre também de afeto, que algo se faz possível (ou não).

Posteriormente, mais precisamente no trabalho do pediatra e psicanalista Donald Winnicott, é possível encontrar de forma explícita esta função estruturante do cuidado na constituição da subjetividade da criança ao longo de seu desenvolvimento. Winnicott (1962/1983) compreende que a criança ingressa no mundo com uma tendência ao desenvolvimento. Para que essa tendência seja garantida e expressa, são necessários os cuidados de um ambiente favorável, que irá fornecer meios para que seja assegurado ao recém-nascido a sua continuidade do ser.

Na teoria winnicottiana esse cuidado é demonstrado no manejo do bebê pela mãe suficientemente boa, isto é, da mulher que consegue se conectar ao bebê e, assim, compreender as suas necessidades para melhor atendê-las. No entanto, quando os cuidados maternos sistematicamente falham nesse estágio inicial, o ambiente torna-se um lugar ameaçador, no qual a continuidade de ser do infante não fica assegurada. Em função disso, o bebê vive aquilo que o autor denomina como angústias impensáveis (Winnicott, 1962/1983).

Assim, a falta de um ambiente facilitador, que acolha as necessidades do bebê, provoca traumas e reações excessivas, que produzem no infante frustrações e uma angústia de aniquilamento. Mesmo o bebê não tendo consciência dessas falhas e dessa angústia, ele será marcado pelo impacto dessas vivências (Santos, 2006).

Além de Winnicott, outros autores psicanalíticos para além de Freud, como Ferenczi, também desenvolveram compreensões sobre o cuidado inicial à criança. Ferenczi discute em sua obra certas situações nas quais as crianças são recebidas em suas famílias como hóspedes não bem-vindos, acompanhadas de atitudes de rudeza e de mau grado. Segundo o autor, essas atitudes dos pais impedem o desenvolvimento da criança, pois, quando o bebê nasce, se encontra num estado de "não ser individual" e as forças que o impelem para a vida ainda não são tão fortes. É por meio dos cuidados parentais, demonstrações de afeto e carinho, que os pais introduzem no psiquismo do infante uma quantidade de pulsão de vida, de força vital (Ferenczi, 2011).

Desse modo, quando o ambiente, por algum motivo, não consegue desempenhar esta função que o autor chamou de imunizadora, o bebê se entrega às pulsões de destruição a fim de se livrar desse ambiente hostil. Como uma maneira de escapar dessa situação, Ferenczi (2011) sugere que a criança se entrega à morte de bom grado por vias orgânicas, ficando mais suscetível a doenças. Quando a criança escapa a esse destino de morte, torna-se futuramente um indivíduo pessimista e demonstra aversão à vida, pois, no início de seu existir, os pais falharam em imunizá-la contra as forças que levam à destruição.

Em virtude dos aportes teóricos destes autores psicanalíticos, mais recentemente Figueiredo (2007) propôs uma "teoria geral do cuidado". Segundo o autor (Figueiredo, 2011) o termo cuidado:

> diz respeito a todo o campo das ocupações e preocupações recíprocas onde dependência e interdependência individuais são tomadas como 'fatos da existência', apresentando-se como o mais próprio da condição humana, do nosso 'ser-no-mundo'. Indo além de explicações biológicas e psicológicas, não diríamos apenas que o homem não 'sobrevive' (física e

> mentalmente), mas que não existe – sem cuidados recebidos e oferecidos (p.13).

Para o autor, o enfoque ético do cuidado está evidente nas ocupações e preocupações de cuidado de forma recíproca. Esse enfoque possibilita ao cuidado uma dimensão de habitar e compartilhar, no qual há uma transmissão e recepção de aspectos do mundo. Assim, está situado em um campo de troca nas relações dos indivíduos (Figueiredo, 2011).

O autor destaca que, conforme algumas ações de cuidado vão sendo necessárias e incluídas na vida das pessoas, seus arranjos e organizações vão se estabelecendo como "arranjos de saúde". Um exemplo disso são as ações de cuidados paliativos, que visam o olhar ampliado e o bem-estar do paciente, inserindo um fator de saúde em uma vida debilitada, não almejando a sua cura ou restabelecimento de outrora. Além disso, o autor destaca que, nesses contextos de limitações, uma parte das funções de autorregulação do sujeito voltam a depender fortemente do ambiente e seus objetos transformacionais. Esse cuidado acontece em duas faces: uma relacionada aos objetos transformacionais não humanos (equipamentos, ambiente físico, etc.) e a outra face relacionada aos objetos transformacionais humanos. Esses dois aparatos de cuidado são então integrados como parte da saúde do indivíduo e não apenas atuam como seus facilitadores. Diante destes pressupostos teóricos, entende-se como pertinente refletir sobre o cuidado no contexto da PG, uma situação que também envolve, em sua assistência, tanto aspectos ambientais como relacionais.

O (des)cuidado no contexto da perda gestacional

> Então, o médico que, realmente me deu a notícia, foi extremamente grosso, ele fez a parte dele e saiu. Não que ele esteja errado, mas a forma

> que ele me deu a notícia eu achei que foi, assim, extremamente grosseira. (Ana)
>
> Depois, em casa, a gente pensou assim 'Nossa!', porque eu comecei a ler histórias na internet. E aí eu comecei a ficar com raiva: por que não me disseram que eu podia pegar o meu filho? Por que que não me disseram que a gente podia tirar foto? Porque a gente só tava reagindo.... Só que me disseram para ver e eu vi. Por que não me disseram pra eu pegar? Pra eu tirar foto? Por que não teve esse acolhimento?' (Maria).

Como mencionado anteriormente, a vivência de uma PG é atravessada por inúmeras invisibilidades no âmbito social. Diante disso, entende-se a relevância do papel do profissional de saúde nesse contexto, pois são estes profissionais que primeiramente têm contato com a mulher e seus familiares quando da ocorrência da PG. Muitas vezes, são eles os únicos que testemunham o desfecho desta gestação.

A literatura indica que o manejo da equipe de saúde pode constituir um fator de risco ou proteção em relação ao sofrimento vivenciado nesse momento (Salgado & Polido, 2018; Kelley & Trinidad, 2012) . Desse modo, o cuidado hospitalar oferecido às mulheres pode ser um facilitador ou dificultador do processo de luto perante a perda de um filho.

O hospital caracteriza-se como um espaço de grandes demandas de sofrimento, em que se presencia, todos os dias, a dor física e emocional dos pacientes (Kupermann, 2016). De acordo com Kupermann, o testemunho da dor é um fator que favorece a elaboração psíquica, produzindo, assim, sentido às vivências do doente, que são, em sua maioria, experiências traumáticas. É a possibilidade de expressar a dor a um outro que permite ao sujeito que seu sofrimento não se configure como passivo e impedido de elaboração.

Diante desse contexto, no qual o indivíduo busca no outro a escuta e o testemunho de sua dor, Kuppermann (2016) destaca a necessidade do cuidador desenvolver o que ele chamou de “capacidade de hospitalidade”. Esta se refere à disposição de fornecer ao sujeito o acolhimento de sua dor. Para o autor, o paciente se apresenta ao hospital como um estrangeiro, alguém com uma outra linguagem. Frente a esse momento, em que duas formas de expressão se encontram -a linguagem do doente e a do cuidador -, a hospitalidade tem por finalidade criar uma língua comum entre quem cuida e quem é cuidado. O autor destaca, ainda, que a empatia no contexto hospitalar se refere à competência do cuidador em deixar-se afetar “a partir do sentido produzido pela ressonância estabelecida entre o seu corpo pulsional e o corpo pulsional do outro”. O cuidador, no encontro com o outro, deveria ter a aptidão de “sentir com” (p. 17) o outro, afinal, a empatia é o antídoto para a indiferença, que desautoriza o sofrimento (Kuppermann, 2016).

Contudo, no contexto das profissões da área da Saúde, a Medicina tem atuado no adiamento da morte, incumbindo os profissionais a impedi-la. Ao se tratar de casos de morte fetal, tal resultado não é atingido, porque a morte é a única realidade que se apresenta, expondo o “fracasso” (p. 268) dos profissionais (Aguiar & Zornig, 2016), o que, por sua vez, pode afetar a sua capacidade de hospitalidade e empatia .

Como mencionado anteriormente, as experiências negativas com as figuras responsáveis pelo cuidado são uma ameaça à vida, pois geram uma experiência “sem-sentido” (p. 15), isto é, experiências que causam desintegração ao sujeito. Desse modo, o cuidado proporciona uma experiência permeada por significações; a ética do cuidado é promover “uma experiência de integração”, de dar sentido ao “sem-sentido” (Figueiredo, 2012, p.15). Assim, um ambiente de cuidado acolhedor e potente, ao

produzir transformações decisivas e necessárias na experiência do self dos sujeitos, funciona como um objeto transformacional (Bollas, 1987) da experiência humana.

A natureza complexa deste objeto que proporciona formas especializadas de cuidados (agente cuidador) requer um equilíbrio entre as funções de implicação e de reserva (Figueiredo, 2007). Segundo Figueiredo (2007; 2011), o cuidado com o outro, na qualidade de presença implicada (função de implicação), dá-se em três eixos: acolher, reconhecer e questionar. O acolher está relacionado aos conceitos de sustentação (holding - conceito winnicottiano) e continência (containing - conceito bioniano). O reconhecer consiste no testemunho do agente cuidador, que deve estar atento à singularidade e progressos obtidos, funcionando como espelho ao sujeito alvo dos cuidados, ao visar a incorporação de novas aprendizagens. Por fim, o questionar está ligado à necessidade do cuidador de interpelar o desejo-pulsão, sendo uma fonte de estímulo ao movimento/questionamento.

Já a função de reserva ou a qualidade de presença reservada do cuidador se dirige a um espaço vital livre da presença e da interatividade do cuidador, pois o mesmo se mantém em reserva, apostando antecipadamente nas capacidades de vir a ser do objeto de cuidado. Estas capacidades se revelarão justamente na ausência de intervenção antecipada por parte do cuidador. Ao manter-se em certa medida afastado, permite, então, a criação de espaços de construção próprios e singulares, possibilitando que também o objeto de cuidado aja por si mesmo. O equilíbrio de tais dinâmicas favorece o desenvolvimento de uma capacidade de dar e fazer sentido, assim como de também cuidar.

Levando em conta essas funções e características importantes dos agentes cuidadores, é possível compreender a assertiva de Kelley e Trinidad (2012), de que a conduta médica diante da mãe e dos demais familiares é um dos fatores que podem

contribuir para acentuar o impacto de uma PG. Segundo estes autores, a maneira como é comunicada a morte do bebê e os comportamentos de indelicadeza para com a mulher são aspectos descritos como prejudiciais para a elaboração do luto materno.

Desse modo, frente ao fracasso que significa a morte do feto (Aguiar & Zornig, 2016), o profissional precisa lidar com o gerenciamento de seus conflitos psíquicos, suscitados a partir deste acontecimento, que incluem a realidade de castração que a morte suscita e que se impõe a eles. Esta condição pode impedi-los de desenvolver um manejo adequado das mulheres que estão vivenciando uma PG. Sendo assim, pressupõe-se que, como tentativa de não entrar em contato com os seus conflitos, algumas vezes esses profissionais acabem por tratar a PG com indiferença, caracterizando um descuido em um contexto de fragilidade física e psíquica das famílias.

Em busca de um cuidado para além da capacitação técnica

> Nenhuma delas me fizeram me sentir mal, envergonhada ou algo do tipo. [...] Então, assim, fui muito bem tratada, até pela equipe de limpeza, pela equipe da copa, sabe? Todas elas. [...] me perguntaram ‘Ana, quando a Joana nascer você quer conhecer?’, eu falei ‘Quero, quero pegar a Joana’. Então ela nasceu, e
>
> veio pra mim, sabe? E a enfermeira falou ‘Ana, pode ficar o tempo que você quiser com ela, a hora que você falar que eu posso vir pegar, você me avisa, ou pede pro seu marido me avisar, que na hora que eu pegar aí você não vai mais ver ela’. (Ana)

> Eles (equipe) estavam mais chocados do que eu e meu marido. Tinha enfermeira que entrava e na hora que ela vinha falar comigo alguma coisa, ela já chorava, assim (Ana).
>
> Ele (um dos médicos) ficou segurando a minha mão, ele mexia no meu cabelo assim, do tipo 'vai ficar tudo bem contigo (Maria).
>
> O médico só falou que não achou batimentos, virou as costas e foi embora, ele não teve coragem pra falar. Depois, nós temos uma colega que trabalha no hospital da cidade vizinha e trabalha com esse médico, e ele passou por um trauma parecido, acho que ele também perdeu um nenê, uma criança, e, aí ele também não conseguiu falar... ele simplesmente disse que não tinha batimentos e virou e foi embora. E não porque ele é negligente, ele não consegue falar disso também (Márcio).

Diante do exposto, é possível pensar que a assistência nem sempre é sinônimo de cuidado, podendo inclusive produzir descuidos, quando motivada pela evitação do contato com a dor do paciente e convertida em ações rápidas e irreflexivas com este intuito. Nesse sentido, Salgado e Polido (2018) mencionam a falta de assistência humanizada à mulher em situação de PG e seus familiares, salientando que as dificuldades que os profissionais têm em lidar com as suas próprias emoções em relação à morte e ao luto, assim como possíveis revivências de suas próprias perdas, contribuem para essa dificuldade no manejo humanizado e individualizado ao paciente. Segundo as autoras, muitas situações traumáticas e produtoras de descuidos poderiam ser evitadas com o melhor aproveitamento de recursos físicos e organizacionais da instituição, como protocolos claros, baseados em evidências, e formação continuada dos profissionais.

Percebe-se que a falta dessa capacitação contínua dos profissionais na condução de situações de PG acaba gerando a ausência tanto de “um norte”, ou seja, de fluxos e

protocolos estabelecidos para tal situação, quanto de um olhar que abarque a subjetividade e singularidade de cada caso, adaptando as medidas clínicas e legais ao que for possível para cada família, de acordo com as escolhas e necessidades dos envolvidos (mães, pais, irmãos, avós, etc.). Quando isso não acontece, corre-se o risco de oferecer um ambiente complicador do processo de elaboração dessa perda, pois a postura dos profissionais da saúde diante do casal que perdeu um filho pode impactar de forma negativa em tais vivências emocionais (Salgado & Polido, 2018; Kelley & Trinidad, 2012)

Ações nas quais os profissionais expressam o não reconhecimento da perda, a invalidação e desconsideração das emoções dos pais, assim como falta de empatia e conduta voltada a procedimentos e decisões rápidas, a fim de que a situação seja resolvida o quanto antes, acabam impactando negativamente o processo de luto da família. A tomada de decisões práticas e enrijecidas diante da perda desconsidera a necessidade de autonomia dos pais (Salgado & Polido, 2018), tornando-se a assistência um cuidado invasivo, sentido como descuido .

Para os profissionais, a experiência de morte de um paciente pode ser dolorosa e causar angústia e tristeza, fazendo com que reviva suas próprias situações de perda, o que repercute na qualidade do serviço prestado. Entretanto, essa esfera das emoções dos profissionais por vezes fica em segundo plano ou é desconsiderada no dia a dia de trabalho. Contudo, se, diante da morte de adultos, o profissional já vivencia algum nível de desconforto e sofrimento através da identificação, ao conectar-se com a própria percepção de finitude da vida, diante de uma morte gestacional essas reações podem ser ainda mais complexas. É comum a presença de sentimentos intensos de impotência e frustração, visto que não é esperado presenciar a morte num contexto de nascimento, acarretando comumente a ausência de respostas para o ocorrido (Salgado & Polido,

2018). Assim, à medida que o profissional não reconhece e não se permite sentir as suas emoções, também pode prestar um serviço à dupla parental em que esses aspectos emocionais não sejam considerados. Ao desconsiderar-se tais aspectos, impossibilita-se a expressão e o testemunho da dor, o que pode contribuir para tornar a vivência da PG um acontecimento traumático, uma vez que os pais sentem-se desautorizados a expressar sentimentos negativos (Iaconelli, 2007)

Por isso, “um dos pontos chaves da assistência à morte perinatal é a empatia” (Salgado & Polido, 2018, p. 28). As autoras destacam que o acolhimento, o cuidado respeitoso e empático, é uma responsabilidade do profissional, garantindo, dentro do possível, o bem-estar, o respeito e a dignidade de todos os envolvidos. Com isso, proporciona-se uma experiência permeada por significações, ou seja, promove-se “uma experiência de integração”, de dar sentido ao “sem-sentido” (Figueiredo, 2011, p.15). Nessa direção, as autoras definem como cuidado empático “ a possibilidade de oferecer o que há de melhor e mais confortável para que o casal viva as primeiras horas após a notícia [..]. Diz respeito a colocar-se no lugar da mãe e/ou família que acabou de perder o bebê e tentar imaginar seus sentimentos e suas necessidades” (Salgado & Polido, 2018, p. 30). Assim, fica materializada a dimensão ética do cuidado, mencionada anteriormente, sendo possível uma atuação entre a presença implicada e reservada, em atenção às necessidades dos envolvidos (Figueiredo, 2007).

Diante disso, reforça-se a importância de que o cuidado em situações de PG ultrapasse os cuidados assistenciais, englobando o acolhimento e a humanização do atendimento. Conforme destacado por Salgado e Polido (2018), humanizar, no contexto da PG, diz respeito a individualizar o cuidado, mobilizando os recursos organizacionais e institucionais necessários.

Considerações Finais

O presente artigo teórico buscou refletir sobre a assistência à PG com base nos conceitos de cuidado da teoria psicanalítica, particularmente o conceito de cuidado postulado por Figueiredo (2007), em sua articulação com outras perspectivas relacionadas à compreensão de cuidado, de autores como Freud, Winnicott e Ferenczi.

Percebe-se que o cuidado necessário a pais e mães que vivenciaram a perda de um filho ultrapassa o conhecimento técnico e a assistência para um manejo técnico adequado à situação, englobando o olhar humano, o acolhimento emocional e o fornecimento de apoio de diferentes formas (cuidados técnicos, emocionais e sociais). A ausência de cuidados satisfatórios diante de uma vivência de PG pode ser sentida tanto como uma invasão (quando não se dá espaço para o paciente sentir, escolher e expressar suas necessidades e subjetividade), quanto como negligência (quando falta acolhimento e reconhecimento), ambas configurando uma experiência de descuido.

A PG é uma perda por vezes minimizada e invisibilizada socialmente, tornando mais solitário e complexo o processo de elaboração e enfrentamento desta situação por homens e mulheres. Somado a isso, culturalmente pouco se aborda o tema da morte, o que dificulta lidar com ela, ainda mais quando acontece no lugar de um nascimento, como é o caso da PG. A experiência masculina acaba sendo ainda mais negligenciada, sendo esperado (e internalizado) destes homens que ocupem uma posição de responsáveis pelo cuidado da companheira.

Frente ao descuido, estes pais e mães ficam à mercê da dor que os invade, com restritas ações que lhes ajudem a nomear e a conter a angústia, dificultando o processo de dar sentido à experiência de perda. Numa situação de extremo sofrimento e vulnerabilidade emocional, faz-se ainda mais inegável a importância das condutas

dos profissionais que atuam no momento de crise e podem funcionar como "arranjos de saúde". É através de seu olhar e ações que proporcionem uma vivência de afeto, acolhimento e dignidade que estes profissionais podem ocupar o lugar de objeto transformacional, proporcionando o desenvolvimento e a mobilização de recursos emocionais para uma forma de enfrentamento mais criativa da realidade.

Por fim, embora se possa pensar que todas estas reflexões sejam válidas para qualquer indivíduo em contexto de perda de um ente querido ou de vulnerabilidade física diante de um adoecimento, é preciso destacar que, na vivência de uma PG, estão em jogo posicionamentos narcísicos em um tipo de relação especial, complexa e intensa, o que torna esse um contexto de muita vulnerabilidade psíquica e, por consequência, de uma necessidade especial de cuidado.

Referências

Aguiar, H. C., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-281. https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281

Amthauer, C., Van der Sand, I. C. P., Hildebrandt, L. M., Linck, C. D. L., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2012). Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 81-88.

Brasil. (2009). Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2019). DATASUS: Estatísticas vitais - Nascidos vivos por ocorrência pela idade da mãe. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def

Bollas, C. (1987). O objeto transformacional. In C. Bollas, A sombra do objeto. Rio de Janeiro: Imago.

Delabaere, A., Huchon, C., Lavoue, V., Lejeune, V., Iraola, E., Nedellec, S., & Deffieux, X. (2014). Definition of pregnancy losses: Standardization of terminology from the French National College of Obstetricians and Gynecologists (CNGOF). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43(10), 756–763. doi: 10.1016/j.jgyn.2014.09.010

Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490.

Ferenczi, S (2011). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. (1929). In: Sándor Ferenczi, *Obras Completas* (v.4, p.55-60). São Paulo: Martins Fontes.

Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30.

Figueiredo, L. C. (2011). Cuidado e saúde: uma visão integrada. *Alter: Revista de Estudos Psicanalíticos*, 11-29.

França, R. M. P., & Rocha, Z. (2015). Por uma ética do cuidado na psicanálise da criança. Psicologia. *USP*, 26, 414-422.

Freud, S. (1969). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol.20, pp. 95-200). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M., ... & Lancet's Stillbirths Series Steering Committee. (2011). Stillbirths: why they matter. *Lancet*, 377(9774),1353-1366. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62232-5.

Heazell, A. E., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., ... & Budd, J. (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604-616. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615008363

Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de psicopatología Fundamental*, 10, 614-6kupermann23. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004.

Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: parents' and physicians' experiences of stillbirth–a qualitative analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-137

Kupermann, D. (2016). Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. *Revista da SBPH*, 19(1), 6-20.

Lopes, C. M. B., & Pinheiro, N. N. B. (2013). Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução da maternidade no processo de luto: um caso de nascimento-morte. *Estilos da Clínica*, 18(2), 358-371 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200010.

Mora-Alferez, A.P., Paredes, D., Rodríguez, O., Quispe, E., Chavesta, F., Zighelboim, E.K., & Michelena, M. (2016). Anomalías Cromosómicas en Abortos espontáneos. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 62(2), 141-51.

Murphy, S., & Cacciatore, J. (2017). The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(3), 129-134. DOI: https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.002

Oliveira, M. T. S., Oliveira, C. N. T., Marques, L. M., Souza, C. L., & Oliveira, M. V**.** (2020). Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20, 361-372. https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003

Salgado, H., D., O., & Polido, C., A., (2018). *Como Lidar Luto Perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal.* São Paulo: Ema Livros.

Santos, E. S. (2006). *D. W. Winnicott e Heidegger. A teoria do amadurecimento pessoal e a acontecência humana.* (Tese de doutorado). Departamento de Filosofia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP, Brasil.

Üstündağ–Budak, A. M., Larkin, M., Harris, G., & Blissett, J. (2015). Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-14. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0700-3

Winnicott, D. W. (1962/1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Zhou, H., Liu, Y., Liu, L., Zhang, M., Chen, X. & Qi, Y. (2016). Maternal pre-pregnancy risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a cohort study in China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]*, 206, 57-63.

4 ARTIGO 2

"SOU MÃE SEM FILHO?": INTERRUPÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE POR PERDA GESTACIONAL

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares

Priscila Andrewns dos Santos

Letícia Maria Kaspary

Daniela Centenaro Levandwski

A ser submetido ao periódico Psicologia Ciência e Profissão

(Classificação Qualis A2 CAPES, Área: Psicologia)

“Sou mãe sem filho?”: Interrupção da Transição para Maternidade por Perda Gestacional”

"Am I a mother without a child?”: Interruption of the Transition to Maternity due to Gestational Loss”

"¿Soy una madre sin un hijo?": Interrupción de la transición a la maternidad por pérdida gestacional”

Resumo

A literatura sobre perda gestacional tem investigado o processo de luto das mulheres decorrente deste acontecimento. Poucos estudos discutem outros aspectos subjetivos ligados a essa vivência. Neste estudo buscou-se compreender o processo de interrupção da transição para a maternidade por meio de um estudo de casos múltiplos de caráter qualitativo e transversal. Quatro mulheres (32 e 33 anos) que tiveram a perda do filho na primeira gestação e não tinham outros filhos, foram entrevistadas até 12 meses depois da perda. Foram aplicados uma *Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos,* o *Brief Symptom Inventory,* e a *Escala de Luto Perinatal* (*Perinatal Grief Scale*)*.* A análise dos dados possibilitou identificar a interrupção da transição para a maternidade, que vinha . Essa interrupção foi sentida como dolorosa e provocou uma crise de identidade das participantes, devido à falta de representação psíquica para definir essa forma singular de maternidade, gerando dúvidas quanto ao status materno. Sugere-se a investigação da perda em diferentes períodos gestacionais para ampliar a compreensão desse processo de interrupção da transição para a maternidade e suas repercussões subjetivas e relacionais.

Palavras-chave. Natimorto; Maternidade;Relação Mãe-Bebê; Psicanálise.

Abstract

Literature on pregnancy loss in general investigates the grieving process of women resulting from this event. Few studies discuss other subjective aspects related to this experience. In this study, we sought to understand the process of interruption of the transition to motherhood through a qualitative and cross-sectional multiple cases study. Four women (32 and 33 years old) who lost their child in their first pregnancy and had no other children, were interviewed until 12 months after this loss. A Sociodemographic and Clinical Data Sheet, the Brief Symptom Inventory, and the Perinatal Grief Scale were also applied. Data analysis made it possible to identify an interruption in the transition to motherhood. This interruption had been felt as painful and causing an identity crisis in the participants, due to the lack of psychic representation to define their unique way of motherhood, generating doubts about their maternal status. Studies investigating the loss in different gestational periods are suggested for broadening the understanding of the interruption of the process of transition to motherhood and its subjective and relational repercussions.

Key-words: Stillborn; Motherhood; Mother-baby relationship; Psychoanalysis

Resumen

La literatura sobre la pérdida del embarazo en general investiga el proceso de duelo de las mujeres como resultado de este evento. Pocos estudios discuten otros aspectos subjetivos relacionados con esta experiencia. En este estudio se buscó comprender el proceso de interrupción de la transición a la maternidad a través de un estudio de casos múltiples, cualitativo y transversal. Cuatro mujeres (32 y 33 años) que perdieron a su hijo en su primer embarazo y no tuvieron otros hijos, fueron entrevistadas hasta 12

meses después de la pérdida. También se aplicó una Ficha Sociodemográfica y Clínica, el Inventario Breve de Síntomas y la Escala de Duelo Perinatal. El análisis de los datos permitió identificar una interrupción en la transición a la maternidad. Esa interrupción fue sentida como dolorosa y ha provocado una crisis de identidad en las participantes, debido a la falta de representación psíquica para definir su forma única de maternidad, generando dudas sobre su estado materno. Se sugieren estudios que investiguen la pérdida en diferentes períodos gestacionales para ampliar comprensión del processo de interrupción de la transición a la maternidad y sus repercusiones subjetivas y relacionales.

Palabras clave: Nacido muerto; Maternidad; Relación madre-bebé; Psicoanálisis.

A chegada de um filho altera aspectos familiares, sociais e subjetivos dos envolvidos, o que evoca conflitivas antigas, como a edípica, e (re)atualizações narcísicas. Esse ajustamento psíquico é necessário para abarcar as novas exigências da função parental (Alvarez & Golse, 2009). Para a mulher, as modificações físicas e psíquicas são vividas desde a gestação, caracterizada como um momento regressivo, marcado por sentimentos de ambivalência, ansiedade e sensibilidade aumentada (Maldonado, 2013; Soifer, 1980). Conforme a gestação vai transcorrendo, a adaptação ao novo papel materno pode ser alcançada (Maldonado, 2013).

Canavarro (2001) propõe que na gravidez e após o nascimento do bebê há a resolução de tarefas psicológicas específicas. No primeiro trimestre de gestação a tarefa da mulher é direcionada a aceitar a gravidez. No segundo trimestre, as tarefas envolvem aceitar a realidade do feto e reavaliar e reestruturar a relação com os próprios pais. No terceiro trimestre, a tarefa desempenhada é a de reavaliar e reestruturar a relação com o

cônjuge/companheiro. Após o nascimento do bebê, é preciso aceitar o bebé como pessoa separada, reavaliar e reestruturar a própria identidade (para incorporar a identidade materna) e reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s). Essas tarefas vão mediar a construção da identidade materna e a construção da relação mãe-bebê, promovendo uma redefinição psicossocial que caracteriza esta transição.

Como visto, a construção da identidade materna perpassa a gestação e segue após o nascimento do bebê. Canavarro (2001) destaca que a mulher precisa integrar na sua identidade o papel materno e a função a ser desempenhada, juntamente com o significado de ser mãe. Assim, embora comumente se considere que a mulher passa a vivenciar a maternidade propriamente dita após o nascimento do bebê, durante o período gestacional já é possível observar experiências e sentimentos correlatos à maternidade, como demonstrado no estudo de Piccinini et. al. (2008) com gestantes gaúchas. Segundo os autores, as gestantes se sentiam voltadas para o seu bebê, desenvolvendo cuidados com a alimentação, redirecionando objetivos de vida, e reorganizando seu tempo e alguns hábitos pessoais. Esse direcionamento para o bebê gestado caracterizaria a construção de um espaço psíquico para ele. Por esse motivo, os autores sugerem que a gravidez não é apenas um período de preparação para a maternidade, mas sim parte da maternidade propriamente dita, uma vez que já se verifica um papel materno ativo ao longo do período gestacional.

Donald W. Winnicott (1988) cunhou o conceito de *Preocupação Materna Primária* para se referir à transição para a maternidade. Segundo o autor, nos últimos meses de gestação em geral as mulheres desenvolvem um estado de sensibilidade aumentada, que ele considera como um adoecimento psíquico normal. Quando entra nessa condição, a mulher fica mais regressiva e retraída, ocorrendo um afastamento da realidade, característica semelhante ao que ocorre na psicose. É esse estado de

sensibilidade aumentada que capacita a mulher a compreender e se adaptar às necessidades do filho e é através dessa sintonia que as necessidades do bebê serão identificadas pela mãe, pois ela estará apta a sentir o que o bebê sente e a saber o que ele precisa. Essa relação estabelecida pela dupla demonstra um contexto de reciprocidade, no qual um não existe sem o outro.

Ainda, durante a gravidez ocorre tanto o desenvolvimento de um bebê no ventre como no psiquismo materno. Lebovici (1987) denomina de *Bebê imaginário* essa construção do bebê na mente materna, que ocorre em três vias diferentes: um bebê edípico, um imaginário e o bebê propriamente dito. O bebê edípico refere-se ao mais inconsciente de todos, pois retrata a época infantil da gestante. Trata-se de um bebê da fantasia, o resultado do desejo de ter um filho com o pai. O bebê imaginário, por sua vez, seria aquele que é construído de acordo com as expectativas conscientes em relação à maternidade durante a gestação, embora também decorra das expectativas construídas de antemão pela gestante, a partir de suas identificações e de seu desejo. Por fim, o bebê propriamente dito, que se refere ao bebê real, é aquele que nasce durante o parto.

Conforme o exposto, a relação estabelecida pela gestante com o bebê difere daquela estabelecida após o nascimento. Missonnier (2009) emprega o termo *Relação de Objeto Virtual* para caracterizar a relação mãe-feto. Segundo ele, essa relação envolve um conjunto de aspectos comportamentais, afetivos e representacionais direcionados ao feto, que servem de base para o posterior estabelecimento da relação de objeto propriamente dita. Conforme Missonnier, na gestação a mulher direciona investimentos narcísicos intensos ao feto até emergir progressivamente um investimento pré(objetal) em direção à constituição do bebê como um objeto total.

Assim, segundo Aragão (2007), durante a gestação a mulher vivencia uma preparação psíquica que envolve três dimensões: o tempo, o espaço e a identificação. Essas dimensões são perpassadas por alterações na sua estrutura narcísica. O tempo gestacional cria uma temporalidade, na qual a mulher vai transitar entre os processos de transformação em seu psiquismo, simultaneamente às mudanças corporais e ao crescimento do bebê. Já as mudanças corporais produzem alterações no Eu corporal e mudam o sentimento de si e do próprio espaço psíquico da mulher, que se transforma para conter outro ser dentro de seu corpo e de sua vida.

Diante do exposto, questiona-se o que ocorre quando esse processo psíquico de investimento da gestante no feto é interrompido devido a uma perda gestacional (PG), um evento que pode ser considerado frequente no Brasil, pois, em 2021, registra-se a ocorrência de mais de 29 mil casos (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021). Embora, no imaginário social, a maternidade seja entendida como um momento de nascimento e alegria (Maushart, 2006), a gestação é considerada um período de grande vulnerabilidade (Maldonado, 2013) e há casos de intercorrências no ciclo gravídico-puerperal que podem resultar em uma PG, com a morte do bebê no ventre materno ou logo após o nascimento (Maushart, 2006). Sendo assim, pode-se pensar na PG como um aspecto que amplia a vulnerabilidade psíquica já presente no período gestacional. Em uma revisão da literatura, Duarte e Turatto (2009) salientaram que sentimentos complexos costumam emergir nessas situações, tais como sensação de fracasso, impotência, sensação de que parte do corpo foi retirada, além de conflitos relacionados à identidade feminina e também ao papel social da mulher.

Outro conceito que permeia a gestação e a relação que a mulher estabelece com o bebê gestado é o de *Narcisismo.* Freud (1914/2010), ao se referir à parentalidade, já havia tecido alguns apontamentos sobre esse tema. Para ele, o amor e a afeição dos pais

para com seus filhos estão relacionados a aspectos narcísicos. Os pais revivem em seus filhos o seu narcisismo primário que já foi abandonado, atribuindo a eles todas as perfeições e depositando neles suas expectativas, desejos e sonhos não realizados, isto é, fornecendo a eles os privilégios que eles mesmos não tiveram.Nessa mesma direção, alguns estudos indicam que a PG causa uma ferida narcísica na mulher (Freire & Chatelard, 2009; Aguiar e Zornig, 2016; Teodózio, Barth, Wendland & Levandowski, 2020), já que, quando ocorre o nascimento de um bebê saudável, esse reaviva narcisicamente a mãe, o que não ocorre no caso de uma PG. As questões narcísicas foram observadas em um estudo qualitativo (Teodózio et al, 2020) que investigou as particularidades do luto materno em quatro mulheres jovens que sofreram PG em diferentes momentos da gestação. As autoras constataram elementos de ordem narcísica, melancólica e traumática que permearam essa vivência. Observou-se que os aspectos narcísicos estavam relacionados à gestação, pois nesse momento o bebê se constitui para a mãe como um objeto narcísico, para o qual ela direciona seus investimentos psíquicos. Os aspectos melancólicos se referiram à dificuldade de não diferenciação do que foi perdido e do eu materno; assim, a PG fica atrelada ao eu materno. Por fim, as questões traumáticas se relacionaram ao tipo de acolhimento disponibilizado pela equipe de saúde e familiares no momento da perda.

A vivência de uma PG evoca emoções intensas e pensamentos difíceis de administrar. O vínculo desenvolvido entre mãe e filho permanece em um estado embrionário, tornando-se difícil para o entorno reconhecer o que foi perdido. Há uma confusão quanto ao status do feto também para mães e pais, isto é, se este se constitui, de fato, como um bebê e um filho ou não, pois não veio a nascer (Defey, Diaz, Rossello, Friedler, Nuñez, & Terra, 1992).

Aguiar e Zornig (2016) relatam que qualquer nascimento, por si só, desencadeia um cenário de crise e elaboração de lutos. No caso da PG, os pais vivenciam sentimentos de incompreensão, o que acarreta um processo de elaboração psíquica diferenciado, porque as representações do bebê morto não se enquadram nas representações de morte comuns (Aguiar & Zornig, 2016), pela ruptura da lógica do ciclo vital (Freire, 2012).

Diante desse cenário, observa-se que o processo de luto pode se intensificar devido à falta do bebê real, que geralmente traz um conforto e revela que os sentimentos de ambivalência maternos, vivenciados no início da gestação, não o prejudicaram (Iaconelli, 2007). Na PG, os pais encontram como realidade as fantasias e medos que vivenciaram durante a gestação, acarretando, algumas vezes, sentimentos de culpa para algumas mulheres, o que pode tornar esse momento perturbador.

Em suma, compreende-se que a vivência de uma PG apresenta uma dinâmica subjetiva e relacional complexa. A maioria dos estudos da área da PG foca no luto decorrente desta perda (Teodózio et al, 2020; Hutti et al, 2017; Aguiar & Zornig, 2016; Chojenta, Harris, Reilly, Forder, Austin & Loxton, 2014; Freitas & Michel, 2014; Kersting & Wagner, 2012) e não em outros aspectos subjetivos para além do luto. Portanto, em razão dessa lacuna, nesse estudo buscou-se compreender a experiência de interrupção da transição para a maternidade de mulheres que vivenciaram uma PG. Como mencionado, entende-se que a PG interrompe essa transição que se inicia já na gestação. Contudo, poucos estudos investigaram os impactos dessa interrupção para as mulheres. Particularmente, é importante investigar as especificidades desse processo em mulheres que não tiveram filhos antes e nem após a PG, por se tratar de um público ainda pouco acessado nos estudos da área, conforme indicado por Teodózio et al (2020),

e porque, nessa situação, a transição para a maternidade está sendo inaugurada na gestação em que acontece a perda do bebê.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo e transversal, com delineamento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005), derivado do projeto "*Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais" – LMPG* (Levandowski, 2018). As participantes foram selecionadas dentre todas aquelas que integraram o LMPG. Foram considerados como critérios de inclusão no projeto: ter entre 18 e 40 anos e ter vivenciado uma PG, em sua primeira gestação, nos últimos 12 meses. Para o presente estudo, selecionou-se as quatro primeiras participantes que não haviam tido outro filho após a PG e que vivenciaram uma PG tardia, isto é, após a 28° semana de gestação. Optou-se por essa idade gestacional porque é nos últimos meses de gestação que a mulher pode desenvolver o estado de maior sensibilidade e regressão denominado por Winnicott (1988) de *Preocupação Materna Primária*, que a capacita para adaptar-se e conectar-se com o bebê. Assim, nesse momento, a relação mãe-bebê já estaria mais desenvolvida, o que pode explicar porque as PG's mais tardias tenderiam a gerar reações de luto mais intensas, conforme destacado por Goldbach, Dunn, Toedter e Lasker (1991)..

Participantes

Quatro mulheres adultas (com idades variando entre 32 e 33 anos), que vivenciaram uma PG na primeira gestação, nos últimos 12 meses, e que não tiveram

filhos depois desse acontecimento. Todas tinham um bom nível de escolaridade e viviam com o companheiro, pai do bebê falecido, estando três delas casadas. Quanto à religião, duas participantes declararam-se católicas. Destaca-se que apenas duas mulheres desejaram engravidar e somente elas obtiveram respostas sobre o motivo da PG, que foi vivenciada por todas no último trimestre da gravidez. A Tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos e clínicos das participantes do estudo.

Tabela 1

Dados sócio-demográficos e clínicos das participantes do estudo

	Amanda	**Patrícia**	**Eduarda**	**Carol**
Idade (anos)	32	33	32	33
Escolaridade	PGrad	ES Inc	ES	ES
Religião	Agnóstica	Católica	Católica	Sem religião
Situação conjugal	Casada	Casada	Casada	Coabitação
Problemas de saúde	Hipertensão	Trombofilia e hipotireoidismo	-	-
Gravidez desejada	Sim	Sim	Não	Não
Causa da PG	Placentite	Infartos placentários	Indefinido	Indefinido
Tempo gestacional da perda (semanas)	38	37	29	35

Sexo do bebê falecido	F	F	F	M
Tempo transcorrido desde a perda (em meses)	7	6	3	7

Nota. PGrad - Pós-Graduação; ES Inc – Ensino Superior Incompleto; ES – Ensino Superior; F- Feminino; M - Masculino.

Instrumentos

Ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos (versão adaptada de NUDIF, 2008a): contendo questões sobre a participante, o bebê e sua família, tais como escolaridade e ocupação, descrição da moradia, informações do acompanhamento pré-natal e do parto, histórico de doenças e internações, etc.

Brief Symptom Inventory (BSI), elaborado por Derogatis (1993) e adaptado e validado para Portugal por Canavarro (1999), para avaliação de sintomas psicopatológicos. Trata-se de um inventário de autorrelato composto por 53 itens, em que o respondente deve classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana (escala Likert de "Nunca" = 0 a "Muitíssimas vezes" = 4). As subescalas que compõem o BSI são (alphas de Cronbach entre parênteses, conforme Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2010, em estudo realizado em Portugal): Somatização (0,81), Obsessões-Compulsões (0,76), Sensibilidade Interpessoal (0,65), Depressão (0,84), Ansiedade (0,80), Hostilidade (0,74), Ansiedade Fóbica (0,62), Ideação Paranóide (0,64) e Psicoticismo (0,56). O inventário permite calcular também três variáveis-resumo: índice global de severidade (IGS), total de sintomas positivos (TSP) e índice de sintomas positivos (ISP). Uma maior pontuação em cada dimensão indica

maior presença de sintomas de disfunção psicológica. Em relação ao ISP, o ponto de corte é de 1,7, revelando ser provável encontrar indivíduos com indicativos psicopatológicos nos casos em que ISP⩾1,7, segundo Canavarro (1999). O uso do instrumento foi autorizado pelos autores que validaram a versão portuguesa da escala e sofreu pequenos ajustes para o português do Brasil, realizados pela equipe do NEEDS (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde).

Escala de Luto Perinatal (*Perinatal Grief Scale* – PGS, de Potvin, Lasker & Lasker, 1989, versão traduzida e adaptada para o Brasil por Paris, De Montigny & Pelloso, 2017): avalia sintomatologia de luto perinatal através de 33 itens, em uma escala do tipo Likert de 5 pontos (1 = Concordo totalmente; 5 = Discordo totalmente). É formada por três subescalas, que avaliam pensamentos, sentimentos atuais e sintomatologia de adaptação da perda da mulher em relação ao óbito fetal. Cada subescala têm 11 afirmações, e escores mínimo de 11 pontos e máximo de 55 pontos. A soma das três subescalas varia de 33 a 165 pontos. A confiabilidade do instrumento foi considerada satisfatória (α=0,93). A média de escore do luto para as brasileiras foi de 81±28 pontos (mínimo: 52; máximo: 136). A subescala "sofrimento ativo" apresentou média de escore de 34±8 pontos (mínimo: 22; máximo: 54), enquanto a subescala "dificuldade de enfrentar a situação" apresentou média de escore de 23±11 pontos (mínimo: 11; máximo:46). Por fim, a subescala "desespero" apresentou média de escore de 23±10 pontos (mínimo: 11; máximo: 42). O uso do instrumento foi autorizado pelos autores que adaptaram a escala para o contexto brasileiro.

Entrevista sobre a Vivência de PG (versão adaptada de NUDIF, 2008b; e Silva, 2012): entrevista semi-estruturada que investigou a vivência da PG, abordando temas como: aspectos individuais da gestação e da maternidade; questões referentes à experiência de PG (por exemplo, recebimento da notícia da morte, sentimentos diante

da interrupção da gestação, vivências referentes à perda, percepção do impacto da PG); e questões referentes ao acolhimento do entorno familiar, social, equipe de saúde, etc., frente à PG.

Procedimentos de Coleta de Dados

Após a aprovação ética, o projeto LMPG foi divulgado no perfil da mestranda e do NEEDS em redes sociais (Instagram e Facebook), na modalidade "aberta". O material de divulgação permitia acesso das potenciais participantes ao link com informações do estudo. As interessadas acessaram, através desse link, um formulário online, pela Plataforma Survey Monkey, em que acessaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, na sequência, concordando com a participação, os seguintes instrumentos, nessa ordem de apresentação: Ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos, BSI e ELP. Ao término dos instrumentos, era exibido um convite para participação na segunda etapa da pesquisa, que consistia em uma entrevista online, realizada pelo Google Meet. As interessadas deixavam então um celular ou email para contato.

A primeira autora fez contato para a realização da entrevista com as quatro primeiras mulheres que integraram o LMPG e indicaram querer colaborar nessa segunda etapa do estudo, declararam não ter engravidado após a PG e vivenciaram uma PG tardia (após as 28° semanas). Nesse contato foi refeito o convite para a continuidade da participação e foi agendada uma entrevista online.

No dia agendado, primeiramente foi explicado o objetivo da entrevista e enviado um link via WhatsApp com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para esta etapa do estudo. Após a leitura, a participante selecionava, conforme a sua vontade, o ícone em que dava o seu consentimento em participar da

pesquisa e recebia acesso a outro link, com a segunda via do termo assinado para download. Após isso, eram tiradas dúvidas quanto ao TCLE e a entrevista era iniciada. A duração da coleta de dados foi de, em média, 120 minutos. Mediante a autorização das participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio para posterior transcrição e análise.

Destaca-se que, antes do início da coleta de dados propriamente dita, foi feita uma coleta piloto com uma participante para a verificação da pertinência, adequação e do ordenamento das questões e instrumentos do projeto LMPG. Após isso, deu-se início à coleta de dados propriamente dita.

Procedimentos de Análise de Dados

Os instrumentos quantitativos (BSI e ELP) foram analisados separadamente, conforme instruções dos autores. Essas informações e aquelas da Ficha foram utilizadas para caracterizar os casos (Tabela 1; Tabela 2) e para complementar os dados qualitativos.

As entrevistas foram transcritas literalmente e, depois, lidas diversas vezes separadamente por duas pesquisadoras, para identificar temas que pudessem servir para a construção dos relatos dos casos, de acordo com o foco do estudo. Inicialmente foram selecionadas falas que retratavam reações, sentimentos e emoções das mulheres envolvidos na experiência de interrupção da transição para a maternidade; a relação estabelecida pelas mulheres com o filho durante a gestação; e o impacto dos processos vividos durante a gestação na interrupção da transição para a maternidade.

Após a organização dos temas e seleção das falas, que foi feita pelas duas primeiras autoras e revisada pela quarta autora, foi elaborado um relato de cada caso.

Para a elaboração deste relato, seguiu-se a estrutura temática derivada da análise das entrevistas e alinhada aos objetivos do estudo.

Os casos, após a sua construção e apresentação, foram analisados por meio da estratégia de proposições teóricas (Yin, 2005), com base em estudos empíricos da área da PG e conceitos psicanalíticos que se referem a aspectos relevantes da transição para a maternidade: preocupação materna primária (Winnicott, 1988), bebê imaginário (Lebovici, 1987), narcisismo (Freud, 1914/2010), relação de objeto virtual (Missonnier, 2009) e tarefas da maternidade (Canavarro, 2001). Posteriormente a essa etapa, foi realizada a síntese de casos cruzados (Yin, 2005), a fim de identificar semelhanças e diferenças entre os casos, permitindo ampliar a compreensão do fenômeno em estudo.

Considerações Éticas

O projeto LMPG foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (Parecer n°4.271.420). Na condução do estudo, foram consideradas todas as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos, contidas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, vigentes quando o estudo foi iniciado. As mulheres foram informadas dos objetivos da pesquisa. A participação foi voluntária, não acarretando remuneração ou custos, e podia ser interrompida a qualquer momento.

Considerando a coleta de dados on-line, a participação no estudo traz consigo algumas preocupações inerentes ao formato virtual, como o potencial risco de violação da confidencialidade, embora a equipe de pesquisa tenha tomado todos os cuidados possíveis para evitar essa situação e problemas dessa ordem não tenham sido detectados. Outro risco que a participação na pesquisa envolvia era algum desconforto ou mobilização afetiva das mulheres, em função do tema. Contudo, embora

emocionadas, muitas vezes as participantes referiram sentirem-se gratas pelo espaço proporcionado pela entrevista. Para os casos em que se identificou sofrimento psíquico, mesmo que leve, foi realizado um acolhimento e feito encaminhamento para psicoterapia. Nos casos de sofrimento psíquico intenso, a entrevista foi interrompida ou nem iniciada. Destaca-se que as participantes desse estudo não apresentaram sofrimento psíquico intenso.

Os dados coletados a partir do *Survey Monkey* foram armazenados em um Drive institucional, juntamente com os arquivos de áudio e a transcrição das entrevistas. Foi mantida a confidencialidade dos dados e a identidade das participantes foi preservada no armazenamento e nas publicações.

Resultados

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos por cada participante nos instrumentos aplicados. Apenas uma (Patrícia) apresentou indicativo de sintomas psicopatológicos no BSI, sendo estes de somatização, depressão e ansiedade. Ao longo da entrevista, os indicativos de somatização e de ansiedade não foram observados, mas os de depressão sim. Cabe ressaltar que o BSI é um instrumento de rastreio, não configurando um diagnóstico. Ainda, duas participantes (Amanda e Patrícia) apresentaram luto clinicamente significativo, conforme o ELP, o que pode significar uma maior intensidade das reações inerentes ao processo de luto e uma maior dificuldade em lidar com a perda, resultando em sofrimento (Paris et al, 2017). Tais resultados foram observados durante as entrevistas. Em seguida apresenta-se o relato de cada caso. Após isso, a discussão geral resultante da síntese dos casos cruzados.

Tabela 2

Resultados obtidos pelas participantes no BSI e na ELP

	BSI		*ELP*	
	Pontuação	*Classificação*	*Pontuação*	*Classificação*
Amanda	1.62		110	Luto complicado
Patricia	2.00	Indicação psicopatológica	114	Luto complicado
Eduarda	1.28		84	
Carol	1.10		59	

Nota. Ponto de corte do BSI = 1.7; Ponto de corte do ELP = 91.

Caso 1 - Amanda

Amanda (32 anos) referiu grande alegria ao se deparar com a confirmação da gravidez. A gestação transcorreu bem, com sintomas considerados normais, (náuseas, enjoos e vômitos, sonolência, dentre outros). À medida em que a gestação avançava, ela percebia que o papel materno estava sendo incorporado: "*Embora eu quisesse, eu nunca tive essa sensação assim de que... que eu era uma mãe. Eu acho que eu fui me tornando uma mãe ao longo da gestação***"**. Com o passar do tempo, crescia o desejo de formar uma família e já começava a imaginar características desejadas para a sua filha:

> *A gente pensava muito, falava muito que queria que ela tivesse a cor dele. [...] Então eu falava que eu queria que ela tivesse o cabelo parecido com o meu. [...] A gente falava muito dela ter as*

> *características também de nós dois, o que a gente achava de melhor na gente.*

Juntamente com isso, expectativas quanto ao futuro da bebê e da relação mãe-bebê eram tecidas: *"Uma ideia que eu sempre tive de maternidade era essa: de deixar ela ser quem ela quer que fosse... e... enfim, né. Queria que a gente tivesse criado uma relação, né?!".*

O desejo de ser mãe e formar uma família não tinha sido concretizado no primeiro casamento de Amanda, por isso a felicidade de realizá-lo naquele momento:

> *Quando eu me separei, foi um golpe muito grande nesse.. nesse sonho de família que eu tinha, né, eu demorei pra reconstruir, então era... eu tava reconstruindo esse sonho, né, quando eu encontrei meu marido atual e [...] ter um filho era, tipo assim, a cereja do bolo, né, tava completando aquele sonho.*

A morte da filha foi descoberta no parto: "*Foi na hora do parto que... que aí ela verificou que não tinha mais batimento e que a bebê não tava mais viva".* Amanda teve sentimentos de desespero, sensação de ter perdido tudo e, juntamente com isso, um desejo de morrer: *"Na hora, eu pensei que seria melhor se eu morresse junto, se eu, se eu, junto com ela, eu fosse também..., porque eu sabia que ia ser muito difícil encarar isso, né".*

Em relação à perda da filha, ocorrida 7 meses antes da entrevista, Amanda relatou um sentimento de vazio: "*É uma ausência o tempo todo*". Somado a isso, referiu a dor pela perda do futuro que ela teria com a filha, o que lhe causou questionamentos quanto às suas próprias perspectivas de futuro: "*Uma coisa que eu ficava falando muito, logo depois que eu perdi ela, foi isso, né, a gente tava feliz, a gente ia ser feliz, o que*

que vai ser agora?". Além disso, relatou a sensação de viver a interrupção desse processo: "*Eu sempre tinha essa sensação de que não era isso que eu tinha que tá vivendo... era pra eu ter uma criança, era pra eu tá enfrentando outras coisas, né?".* Amanda já havia perdido o pai na adolescência e relatou diferenças nas experiências de perda: "P*erder minha filha eu acho que foi muito mais difícil. Eu acho que é uma marca que vai ficar em mim muito mais forte do que a... a perda dele".*

No momento da entrevista, percebia mais impactos da perda no âmbito emocional: "*Tô seguindo minha vida, assim. Não sei muito... não sei, uma coisa mais apática agora".* Após a perda, Amanda relata ter sentido dúvidas quanto ao seu status de mãe: *"Eu tinha dúvidas se eu seria uma mãe, como é que ia ser, se ia me sentir uma mãe [...] eu acho que foi difícil entender, aceitar que eu era mãe sem o filho, né, parecia doloroso demais pensar nisso*". À medida em que foi elaborando a perda, foi podendo assumir o papel materno mesmo diante da morte da filha: "*E aí agora eu me sinto uma mãe que não tem um filho, né, então por isso que eu tenho essa sensação de... de falta. Eu me tornei uma mãe, mas eu não tenho a... a criança, né".*

Caso 2 - Patrícia

Patrícia (33 anos). relatou surpresa e alegria diante da confirmação da gravidez, mesmo sendo uma gestação planejada: *"Aí minha irmã me instigou a fazer o teste de gravidez, onde constou que realmente eu já tava grávida, e eu não acreditei. Assim, no primeiro momento, você fica meio aérea, mas você fica muito feliz, muito feliz".* Já no início da gestação Patrícia recebeu a notícia de um descolamento de placenta: *"Ele [obstetra] disse que aquilo ali era normal e que não tinha problema".*

À medida que a gestação avançava, criaram-se expectativas em relação ao bebê e à vida familiar: "*Nossa expectativa era isso, uma casa cheia de... Uma casa com mais gente, barulhenta, mais alegria na minha casa. Apesar de ela ter muita alegria, mas mais ainda*". Expectativas em relação a como seria a relação com a filha também estavam sendo construídas: "Eu *imaginava noites sem dormir, a gente cantando pra ela, brincando com ela. E eu tendo uma amiga em particular, pra mim. O xodó do meu esposo".*

Patrícia estava com 37 semanas de gestação quando ocorreu a perda. Dias antes de receber a notícia, a participante sentiu dor: "*Eu senti uma dor muito forte na minha barriga. Aí como sempre, aquela dor de... que eu achava que era normal. Fui, tomei um buscopan e passou"*. Realizou uma consulta médica em que pôde relatar sobre a sensação de que algo estava estranho com a bebê:

> *Naquele dia ela mexeu uma vez só. Quando eu cheguei no consultório dele, eu falei: "Doutor, eu não sei se isso é normal, mas a minha filha só mexeu uma vez ontem e uma vez hoje". Eu falei assim: "Ela não é assim [...]. E ele falou pra mim naquele dia que era normal e que ela se mexia de acordo com os estímulos que a gente fazia [...]. [no dia seguinte] eu amanheci com cólicas, como todos os dias, e aí eu tomei o buscoduo e a cólica não passava [...] Eu liguei pra ele, ele falou que já tava indo pro hospital fazer o parto.*

Nesse momento, o médico examinou Patrícia e constatou a perda: "*Ele fez o toque, eu já estava com dilatação. Quando ele colocou o aparelho, eu não ouvi o coração da minha filha*". Ao se deparar com a notícia da morte da filha, relatou choque e desespero:

> É *um desespero muito grande, porque você não consegue fazer nada pra aquela situação reverter (...) eu não queria acreditar que ela tinha morrido (...) meu esposo me abraçou e eu falei pra ele assim: 'O que que eu vou fazer da minha vida?' (...) pensar que, se eu tivesse com ela, onde quer que ela esteja, seria melhor pra mim.*

No momento da entrevista, ocorrida seis meses e meio depois da perda, Patrícia descreveu ter sentido uma dor intensa em relação à interrupção da transição para a maternidade:

> *Terrível. Porque você se prepara psicologicamente pra mudar toda a sua rotina, de você acordar de madrugada, escutar ela chorar. E você entrar no quarto e ver aquele berço vazio, e a sua casa, aquele silêncio ensurdecedor. É horrível. Apesar de você querer a sua casa, ao mesmo tempo você não quer ela. Você queria que aquilo apagasse da sua memória.*

Após o ocorrido, Patrícia passou a questionar não ser digna de ter um filho:

> V*ocê acha que você não teve ela porque você não iria ser capaz. 'Será que Deus levou ela porque você não tem capacidade de ser mãe?'. Mas na verdade, eu não sei o que é ser uma mãe ainda, né? (...) eu ainda não sei o que é ser uma mãe, porque eu não tive ainda nenhum bebê.*

Por outro lado, relata a realidade da existência da filha e a expectativa de ser uma boa mãe: "I*ndependente de tudo o que aconteceu, ela é minha filha. Eu a amei. Do primeiro momento até hoje, eu amo ela. Isso nunca vai se tirar de mim. Esse amor. E eu acho que eu seria uma boa mãe".*

Caso 3 - Eduarda

Eduarda (33 anos) estava vivenciando uma gestação não planejada e referiu não ter desejo de engravidar: "*Eu nunca quis ser mãe, nunca quis engravidar*". Contudo, à medida que a gestação avançava, foi criando espaço para a filha em sua vida: "*À medida que minha barriga ia crescendo, que o pessoal ia me elogiando, eu falei: 'Nossa, realmente, acho que ela veio pra mudar muita coisa, pra me mostrar muita coisa que eu não via!'.*

Enquanto a barriga estava crescendo e a filha se desenvolvendo, Eduarda passou a imaginar características e criar expectativas em relação à bebê e ao futuro dela:

> E*u imaginava o rostinho dela, já tinha preparado - preparado, não, mas já tinha imaginado a festinha de primeiro ano dela, a roupinha que ela ia sair da maternidade. Então, as expectativas eram as melhores possíveis [...]. A gente ficava imaginando ela em casa, de eu saindo mais cedo do serviço pra ir pegar ela com a minha sogra.*

Além disso, reconheceu ter se modificado durante o gestar: "É *um negócio muito, muito mágico. Não sei se é pelo que eu passei, pela minha gestação, mas a maternidade é um mundo mágico*".

No momento da entrevista, ocorrida pouco mais de três meses depois da perda, Eduarda relatou não ter sentido a filha se mexer em certo dia. Inicialmente não considerou a possibilidade de ser algo grave, mas a falta de movimentação fetal permaneceu, acionando a busca pelo hospital, onde recebeu a notícia da morte da bebê. Descreveu ter entrado em choque ao receber essa notícia:

> *Então, assim, na hora que realmente o médico me disse que ele não tava ouvindo os batimentos, aí eu entrei em estado de choque, eu nem lembro, eu nem senti nada, assim... eu não senti o gel na minha barriga, nem o gel gelado, não lembro da cara do médico, [...] eu não acreditava, eu falava: 'não, a Ana não morreu; tipo, ontem ela mexeu!', eu falei: 'Gente, eu fiz exame do coração dela duas semanas atrás, tava tudo ok!'.*

Além disso, Eduarda também vivenciou sentimento de frustração e vergonha diante da perda: "*É difícil, assim, né, não vou falar pra você que é fácil, que óbvio que não é fácil, ainda mais por toda a expectativa (...) eu ficava com vergonha de dar a notícia".* Somado a isso, sensação de impotência e perda de controle: *"Pra quem perde, tem perda tardia, igual eu tive, é uma sensação de impotência."* Relatou confusão mental diante da quebra da lógica do ciclo vital que essa perda representou: "P*ra mim é assim: a pessoa morre, mas ela precisa primeiro nascer e morrer, né. E a Ana, não. A Ana, primeiro ela veio a óbito e depois ela nasceu. Então isso na minha cabeça, de início, era muito confuso"*. Para ela, a falta da presença física da filha foi difícil de lidar: *"Era a primeira gestação, minha primeira filha, então foi tudo muito novo. Impossível pontuar o que foi mais difícil. Foi difícil sair da maternidade sem ela. Foi difícil ver as roupinhas e ela não estar em casa".*

Após a PG, relatou ter dificuldade para se sentir mãe, sentindo-se desautorizada por não ter a filha nos braços, demonstrando confusão quanto ao status de mãe:

> *Mas falar pra você que eu me sinto mãe, eu não me sinto, porque eu acho que você se sente mãe na hora que você tá com a criança, que começa a te chamar de mãe [...] acho que tô fazendo o meu papel de mãe bem, mas eu não me sinto assim, mãe, pra falar que "Ai, você é mãe". Eu*

> *sou, eu sei que eu sou, mas é aquela coisa de sentir ser mãe, eu não sinto.*

Além disso, a participante destacou o fortalecimento do desejo de engravidar, que antes não estava presente em sua vida: "M*e fez mudar esse meu pensamento em relação a não querer ser mãe. Hoje em dia o que eu mais quero é ser mãe".*

Caso 4 - Carol

Carol (32 anos) relata que sentiu medo diante da descoberta da gestação e preocupação em relação ao futuro: "*É uma loucura, assim. Não são só momentos bons, tem essas loucuras também. Então tem também a parte da preocupação, o que vai acontecer quando nascer, como é que vai ser*". À medida em que os dias iam passando, conseguiu dar lugar ao bebê no psiquismo a partir da busca de informações sobre a gravidez: " *Comprei vários livros pra ler, pesquisei muito. Tipo, fiz uma imersão total na gravidez*".

Carol foi aceitando a gestação e estabelecendo gradualmente uma interação com o bebê:

> *Aos poucos, a gente foi comprando as coisas e foi se organizando e ficando super felizes. A gente conversava com ele, eles nos respondia, né, com chutinhos, quando a gente começou a sentir assim os chutinhos e as mexidas na barriga. Então a gente tava super super empolgados e felizes e ansiosos, [...] ele sempre foi muito amado, desde o começo, a gente tava super preparado.*

Passou também a imaginar características do filho: "*Eu imaginava ele assim: um bebê tranquilo, que obviamente ia chorar, né, como toda criança, porque é um mundo bem diferente pra eles, mas que ele seria muito tranquilo. Achava que ele ia ser a cara do Pedro (pai)".*

No momento da entrevista, ocorrida quase 7 meses depois da morte do filho, ela referiu que estava com 35 semanas quando ocorreu a perda. Não sentiu movimentação fetal e comentou isso com o marido: *"Amor, não to sentindo o João mexer, acho que ele tá muito quieto".* O marido, na tentativa de tranquilizá-la, sugeriu que o bebê estava dormindo, o que fez Carol afastar da mente esse receio. Para se acalmar, pesquisou sobre a movimentação do feto no final da gestação: "*Hoje eu consigo entender que ele já não tava mais ali. Aí assim, a gente pesquisou, viu que a partir da 34a. , 35a. semana, os bebês mexem menos, mas no fundo eu já sabia".* Embora pressentindo que algo não estava bem, Carol não conseguia encarar aquilo que estava percebendo, tentando encontrar provas de que estava errada e fantasiando movimentos do bebê juntamente com o marido:

> *A gente sempre tem um sexto sentido, uma voz, uma coisa assim, que fala: 'Olha, não tá mais ali', mas eu ficava querendo que ele tivesse. Eu sabia que se eu fosse no hospital, iam tirar ele de mim, e eu acho que eu precisava processar aquilo (...) Aí eu conversava com o Pedro, e aí ele botava a mão, dizia: 'Olha aqui, mexeu!', só que ou era meu estômago ou era meu intestino ou era alguma coisa assim, sabe? Hoje eu consigo ter ciência de que não, ele não tava mais ali.*

No dia em que constatou a perda, Carol fez uma consulta na UBS e foi encaminhada para o hospital. Relatou surpresa com o acontecido, em função de a

gestação já estar tão avançada: "*Não é comum se falar, após isso, na PG. Foi uma surpresa para mim".* Além disso, descreveu a sensação de irrealidade, negação e choque:

> *Parecia que eu tava num filme. Não parecia que era a minha vida ali. Não parecia que eu tava perdendo o meu filho. [...] Eu fiquei o tempo inteiro assim: 'não, não é isso, não tá acontecendo comigo isso, não pode ser possível que ele não esteja mais ali!'.*

Carol também relatou ter sentido culpa pela morte do filho: "*Não tem como eu dizer que eu não senti culpa em nenhum momento, porque tudo, absolutamente tudo, eu senti culpa".* Retornar para casa sem o filho e dar-se conta da realidade da perda foi uma tarefa difícil para ela:

> *Eu acho que essa parte foi... seria o número um na minha lista. O número dois é não ter mais a barriga [...] eu sentia os movimentos normais do meu organismo e aí parecia que era ele que tava mexendo (...) Eu me dizia: "Não, não é mais o João, tu não tá mais grávida, a gente teve o nosso processo, teve o nosso parto e ele não tá mais ali.*

Para poder lidar com a perda do filho, Carol e o marido escolheram um símbolo para marcar a realidade do bebê e da morte: "*Aqui a gente tem, a gente tem um cristalzinho em homenagem ao João".* Carol relata ter sentido dúvidas quanto ao seu status de mãe e um sentimento de confusão em relação a isso: "*É muito estranho, porque eu sou mãe, mas eu não tenho o meu filho fisicamente aqui comigo"*

As lembranças que construiu ao longo da gestação pareceram servir como recurso para dar sentido à perda do filho e aliviar a dor:

Acho que algo que fala de ressignificar, de tirar... de mudar a dor pra outro sentimento. Obviamente não é um sentimento de felicidade, porque acho que num momento que tu fala de uma perda, tu não tem como falar em felicidade, né, mas eu consegui ficar feliz pensando no que a gente teve com ele na minha barriga, que a gente conversou com ele.

Discussão Geral

Analisando os quatro casos em conjunto, foi possível observar semelhanças entre eles. Durante a gestação, todas as participantes relataram ações concretas e movimentos psíquicos que evidenciaram a construção de um espaço para o bebê, seja pelo redirecionamento dos seus objetivos de vida, seja pela realização de mudanças na rotina, preparação do quarto, dentre outras coisas. Além disso, as participantes já se sentiam voltadas para o bebê, sendo possível constatar o estabelecimento de uma relação de objeto virtual (Missonnier, 2009), com um bebê ainda imaginário (Lebovici, 1987).

Frente e à privação do encontro com o bebê real, é possível perceber que o registro psíquico desse bebê na mente das participantes era apenas imaginário (Lebovici, 1987), mesmo para aquelas que puderam ter contato com o filho morto e, com isso, com a realidade da morte. Percebe-se que o encontro com o bebê real morto e a representação desse bebê no psiquismo causou dor, o que fez com que essa representação fosse substituída de modo mais permanente pela imagem de um bebê imaginário, idealizado.

As participantes estavam realizando, desde o início da gestação, um trabalho psíquico de investimento narcísico no bebê (Aragão, 2007) e de construção da

maternidade (Piccinini et al, 2008). Elas estavam ativamente envolvidas na resolução das tarefas psicológicas que a gestação implica, conforme destacado por Canavarro (2001). Como as participantes encontravam-se no final da gestação, é possível pensar que as tarefas referentes à aceitação da gravidez e da realidade do feto; de reavaliação e reestruturação da relação com os próprios pais e de reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro já estavam sendo sendo consolidadas. Isso foi observado mesmo em quem não referiu um planejamento ou mesmo um desejo intenso de ser mãe. Ficou evidente a entrada em um estado de *Preocupação Materna Primária (*Winnicott, 1988), demonstrando uma conexão com o bebê. A percepção de todas as entrevistadas de que o bebê não estava bem, especialmente após a ausência de movimentação fetal, denota essa conexão com o feto proporcionada pelo estado de *preocupação materna primária (*Winnicott, 1988) e o estabelecimento de uma *Relação de Objeto virtual* (Missonnier, 2009).

Assim, diante da interrupção da transição para a maternidade, as participantes se depararam com com dois processos psíquicos concomitantes: a desconstrução da maternidade, que vinha sendo efetivada ao longo da gestação, e o processo de luto pela perda do bebê ainda na gestação. Essa desconstrução e esse luto requerem um trabalho psíquico intenso, diante da frustração de expectativas e desejos. Nesse sentido, pode-se entender o fato de todas as participantes terem relatado, diante da notícia da morte do bebê, uma reação de choque e de irrealidade e, para duas delas (Amanda e Patricia), também um desejo de morrer. O choque remete ao potencial traumático dessa vivência de interrupção da gestação e da transição para a maternidade, pois, conforme relatado por Lopes & Pinheiro, (2015), o trauma vivido por mulheres que tiveram uma PG destrói a experiência de continuidade do tornar-se mãe.

Conforme já exposto, percebe-se que as tarefas psicológicas do processo de transição para a maternidade, relacionadas ao período gestacional, conforme indicado por Canavarro (2001), haviam sido cumpridas pelas participantes. No entanto, algumas tarefas só podem ser consolidadas após o nascimento, como a aceitação do bebé como pessoa separada e a reavaliação e a reestruturação da própria identidade. Tais tarefas, fundamentais para a incorporação da identidade materna, ficaram interrompidas a partir da PG, dificultando o estabelecimento da identidade materna, o que pode explicar a confusão das participantes acerca do seu status materno.

Aragão (2007) considera que, durante a gestação, ocorrem dois movimentos psíquicos (narcísico e objetal) que se assemelham ao movimento que ocorre no processo de luto melancólico. Assim, devido a essas características, a autora considera o objeto feto como potencialmente melancólico, pois o investimento destinado a ele é de ordem narcísica. No caso das participantes, a representação do feto no psiquismo parece ser caráter melancólico, uma vez que a mulher foi privada de desenvolver a maternagem e, assim, de estabelecer com o bebê um outro tipo de relação, de cunho objetal.

Outro aspecto observado é que as duas participantes (Amanda e Patricia) que relataram desejo de morte diante da interrupção da maternidade também foram aquelas que apresentaram luto clinicamente significativo. Essa semelhança foi observada mesmo a partir de vivências diferentes, pois, enquanto Amanda descobriu a morte do bebê no momento do parto, sem vivenciar outros sinais que pudessem indicar que isso aconteceria, Patrícia, desde o início da gestação, apresentou descolamento de placenta. Isso indica que a interrupção da maternidade por PG é singular, pois, mesmo quando as mulheres demonstram reações semelhantes, a experiência em si pode ser totalmente diferente e, ainda assim, dar lugar a um processo de luto complicado.

O desejo de morrer também pode estar relacionado à identificação dessas duas participantes com o feto. Conforme destacado por Lopes & Pinheiro (2013), esse desejo pode estar relacionado à impossibilidade de manutenção dos vínculos de afeição destinados ao filho que foi perdido, o que deixa apenas um registro imaginário e idealizado com o qual a mãe encontra-se identificada. Essa identificação foi desenvolvida durante a gestação e está permeada por desejos, expectativas e fantasias. Quando descobre-se a morte do feto, essas expectativas são frustradas e destruídas. Diante desse cenário de desejos frustrados, a mulher passa a vivenciar o que as autoras chamam de um duro processo de luto, cujo desejo de morrer pode significar o desejo de permanecer junto ao bebê morto ou mesmo uma identificação com a morte do bebê.

Em relação a isso, foram encontradas diferenças quanto ao modo como Amanda e Patricia construíram a sua identificação com o feto durante a gestação, já que Eduarda e Carol não apresentaram desejo de morrer. À medida que Amanda e Patricia demonstraram dificuldade para desconectar-se de suas expectativas quanto ao bebê, instaurou-se para ambas um processo de luto clinicamente significativo.

Duarte e Turato (2009) entendem que a perda antes do nascimento configura um processo particular de luto, pois não há a construção de recordações de convivência mútua, sendo a ausência do bebê sentida como se fosse retirada uma parte do próprio corpo da mulher. Diante disso, pensa-se que a forma como cada uma dessas mulheres viveu o luto pelo filho perdido pode estar relacionada a aspectos psíquicos referentes ao vínculo estabelecido com o bebê durante a gestação, à representação do bebê no psiquismo e ao trabalho psíquico realizado ao longo da gestação. Nessas participantes, esses aspectos impactaram o processo de luto vivido após a perda.

Todas as participantes mencionaram o impacto da perda na identidade materna. A interrupção da transição para a maternidade parece gerar uma confusão quanto aos status materno, pois todas declararam dúvidas sobre ser mãe ou não ser mãe. Uma delas utilizou o tempo verbal no passado (“eu fui mãe”) e outras realizaram uma diferenciação entre ser mãe e viver a maternidade, sentindo-se mães de um filho morto, impedidas de exercer a maternidade.

Com isso, percebe-se que houve uma preparação, a construção psíquica de um lugar e desse papel materno durante toda a gestação. Conforme destacado por Canavarro (2001), as tarefas psicológicas a serem resolvidas desde a gestação e após o nascimento do bebê promovem e sinalizam a construção da identidade materna. Após o nascimento é que de fato se torna mais integrado e consolidado o papel materno. Assim, em uma gestação que não culmina com o bebê vivo, que possibilite esse exercício concreto da maternidade, as mulheres parecem entrar em um estado de confusão mental sobre o seu status materno.

Nas participantes deste estudo, essa confusão pode estar relacionada à interrupção do processo de transição para a maternidade, em função do trabalho psíquico de desligamento dessas funções mentais e psíquicas que vinham sendo construídas ao longo da gestação. A complexidade desse desligamento se revela no fato de que, meses após a perda, a confusão ainda é presente e impacta na identidade das entrevistadas.

Lopes & Pinheiro (2013) discutem, a partir de um estudo de caso, a desconstrução do processo de maternidade diante do luto ainda na gestação. Conforme as autoras, a PG deixa inacabados processos que estavam em curso. Considerando o panorama encontrado no presente estudo, pensa-se que não houve uma desconstrução,

mas sim uma interrupção desse processo, pois, se as mulheres vivessem uma desconstrução, poderíamos dizer que elas deixariam de ser mães e não haveria confusão acerca desse status não materno. Contudo, o que se observou nos relatos das participantes foi de que elas sentiram que foram mães (no passado) e que a morte do filho as impediu de seguir exercendo esse papel, caracterizando mais uma interrupção do que uma desconstrução. Isso corrobora os achados de Piccinini et al (2008), que indicam que a gestação já possibilita o exercício da maternidade, embora com particularidades.

Assim, as participantes não encontraram uma representação que pudesse alocar a sua vivência singular de maternidade (mãe de um bebê morto). Independentemente de ter um filho vivo ou não, as mulheres vivenciaram e desempenharam as tarefas correlatas a esse período que corresponde ao ser mãe e à construção de uma identidade materna. No entanto, entende-se que o bebê real tem uma função importante para o seguimento e a consolidação dessa transição para a maternidade. O bebê que nasce vivo dá testemunho para a mãe e para seu entorno social de que aquela mulher é uma mãe, visto que esta pode desempenhar um papel materno a partir dos cuidados com o bebê. É como destacou Winnicott (1988): um bebê não existe sem a mãe e a mãe não existe sem o bebê.

Diante disso, questiona-se: não desempenhar a função materna e os cuidados com um bebê vivo apaga ou desconstrói a vivência de gerar um filho e todos os processos maternos de cuidado e envolvimento vividos na gestação? As mulheres vivenciaram as mudanças psíquicas, construíram a imagem de um bebê em seu psiquismo e estabeleceram uma relação de objeto virtual, o que faz pensar na impossibilidade de retorno a um estado psíquico anterior à gestação. Por isso, entende-se que esse processo de transição para a maternidade não pode ser desconstruído,

conforme sugerido por Lopes & Pinheiro (2013). Pensa-se na interrupção do processo de construções psíquicas vividas na gestação, que permanecem e geram confusão quanto ao status materno. Contudo, nessas situações parece ser importante relembrar que uma coisa é ser mãe (identidade materna) e outra é exercer a função materna. Em nossa sociedade, essas questões parecem ainda ser pensadas de forma totalmente imbricada, contribuindo para a compreensão dos achados do presente estudo. Nesses casos, a ideia de que mãe é quem cuida, quem cria, parece predominar sobre a concepção de que mãe é quem gera.

Considerações Finais

Esse estudo buscou compreender a experiência de interrupção da transição para a maternidade de mulheres que vivenciaram uma PG tardia. A partir de um estudo de casos múltiplos com quatro mulheres, foi possível observar esse processo de interrupção da transição para a maternidade, que já vinha sendo, em alguma medida, desempenhada ao longo da gestação. Essa interrupção foi sentida como dolorosa e causadora de um grande impacto físico e psíquico. Em termos emocionais, essa interrupção da maternidade provocou uma crise identitária nessas mulheres, uma vez que não encontraram uma representação psíquica para definir o seu processo singular de maternidade, causando confusão quanto ao seu status materno.

A vivência da PG despertou sentimentos de difícil manejo, como culpa, tristeza intensa, sensação de vazio e desespero, dentre outros. Esses sentimentos derivam da interrupção da relação de objeto estabelecida com o bebê, mesmo que de forma "virtual", dando origem a um processo singular de luto materno, em alguns casos com caráter mais patológico. A vivência de perda repercutiu em vários âmbitos da vida das

participantes (social, profissional, familiar, etc.), mas o foco do presente estudo foi no âmbito emocional.

Embora o estudo tenha permitido conhecer a dor e a confusão vivenciada pelas mulheres quando se interrompe o processo de transição para a maternidade, podendo reverberar na atuação clínica junto a esse grupo, por promover o questionamento das concepções de maternidade vigentes, por exemplo, algumas limitações podem ser apontadas. As participantes compuseram um grupo bastante homogêneo em termos sócio-demográficos, e algumas delas tiveram experiências semelhantes de perda, tendo esta acontecido tardiamente (a partir da 28° semana de gestação). Futuros estudos devem buscar maior variabilidade, especialmente em relação ao período gestacional em que a perda acontece, para que se possa observar as semelhanças e particularidades da interrupção da transição para a maternidade em diferentes estágios desse processo. Ainda, nesse estudo as mulheres viveram a PG na sua primeira gestação. É importante contemplar a vivência de PG para mulheres com filhos nascidos antes ou mesmo depois dessa perda, ou ainda, das mulheres que viveram repetidas perdas gestacionais, pois essa interrupção pode não ser sentida da mesma forma ou mesmo não acontecer em caso de multiparidade.

Além disso, destaca-se a importância de estudos que foquem na vivência da PG no contexto da Pandemia do Covid-19. Embora as perdas dessas participantes tenham acontecido ao longo da pandemia, esse não foi o foco do presente estudo. No entanto, acredita-se que vivenciar uma PG nesse contexto é diferente, pois podem haver atravessamentos na vivência de interrupção da maternidade, devido à falta de contato do social e da impossibilidade ou restrição de rituais como chá de bebê, ensaio de fotos, e apoio informacional. Além disso, a vivência de outras perdas causadas por Covid-19, o

perigo de contaminação, o medo, a ansiedade e as angústias referentes a esse momento podem também permear os processos vividos durante a gestação e após a PG.

De todo modo, os dados encontrados neste estudo evidenciam a relevância do papel materno para a identidade da mulher e também dos aspectos sociais que envolvem a concepção de maternidade vigente em nosso contexto. Estes aspectos precisam ter a sua discussão ampliada em estudos futuros.

Referências

Aguiar, H. C., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: A interrupção de uma promessa. *Estilos da Clinica*, *21*(2), 264-281.

Alvarez, L. A., & Golse, B. (2009). *A psiquiatria do bebé*. Portugal: Publicações Europa-América.

Aragão, R. O. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê*. (Dissertação de mestrado). Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil.

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde (2021). Painéis de monitoramento da mortalidade infantil e fetal. Recuperado, 21 de setembro de 2021, de http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In: M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Orgs.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (v. II, pp. 87109). Braga: SHO/APPORT.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.

Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0095038

Defey, D., Diaz, R. J., Rossello, J. L., Friedler, R., Nuñez, M., & Terra, C. (1992). Duelo por un niño que muere antes de nacer. (2ed). Montevideo: CLAP.

Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.

Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490.

Faria-Schützer, D. B., Neto, G. L., Duarte, C. A. M., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2014). Fica um grande vazio: Relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 113-132. doi: 10.5433/2236-6407.2014v5n2p113

Freire, T. C. G., & Chatelard, D. S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007-1022. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/271/27115482012/

Freire, T. C. (2012). *Transparência psíquica em nova gestação após natimorto.* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, DF, Brasil.

Freitas, J. L., & Michel, L. H. F. (2014). A maior dor do mundo: O luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 273-283. doi: 10.1590/1413- 737222324010

Hutti, M., Myers, J., Hall, L., Polivka, B., White, S., Hill, J., … & Grisanti, M. (2017). Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 128-134.

Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: Clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623.

Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 187–194.

Lebovici, S. (1987). *O bebê, o psicanalista e a mãe.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Levandowski, D. C. (2018). Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais. Projeto de Pesquisa não publicado. UFCSPA.

Lopes, C. M. B., & Pinheiro, N. N. B. (2013). Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução da maternidade no processo de luto: um caso de nascimento-morte. *Estilos da Clínica*, 18(2), 358-371. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200010.

Maldonado, M. T. (2013). *Psicologia da Gravidez.* São Paulo, Jaguatirica.

Maushart, S. (2006). *A máscara da maternidade: Por que fingimos que ser mãe não muda nada.* São Paulo: Melhoramentos.

Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie? Nidification fœtale et nidation parentale. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 50(1), 61-80.

Nomura, R. M. Y., Benute, G. R. G., Azevedo, G. D. D., Dutra, E. M. D. S., Borsari, C. G., Rebouças, M. S. S., ... & Zugaib, M. (2011). Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: Comparação entre duas capitais brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(6), 644-650.

NUDIF – Núcleo de Infância e Família. (2008a). Ficha de dados sociodemográficos. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

NUDIF (2008b). Entrevista sobre a experiência da maternidade. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

Paris, G. F., de Montigny, F., & Pelloso, S. M. (2017). Adaptação transcultural e evidências de validação da Perinatal Grief Scale. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(1), 1-10.

Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.

Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45.

Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia, Reflexão e Crítica, 23*(3), 420-429. Recuperado em http://www.redalyc.org/pdf/188/18818719002.pdf

Silva, P. N. (2012). Maternidade e relação mãe-bebê no contexto do luto materno. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, UNISINOS. São Leopoldo, RS, Brasil.

Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Teodózio, A. M., Barth, M. C., Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2020). Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: Estudo qualitativo. *Revista Subjetividades*, 20(2), 15-10.

Winnicott, D. W. (1956/1988). Preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. (3ed). Porto Alegre: Bookman.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Essa Dissertação de Mestrado teve como objetivo compreender a experiência de interrupção da transição para a maternidade de mulheres enlutadas em função de uma PG tardia e refletir acerca do cuidado prestado no momento da PG (desde a confirmação da morte do bebê até a alta hospitalar após a realização dos procedimentos médicos necessários). Para isso, foram elaborados dois artigos: um teórico e outro empírico. O artigo teórico teve como objetivo refletir sobre o cuidado fornecido pelas equipes de saúde no contexto de PG, uma vez que a assistência nesse momento de interrupção de transição para a maternidade pode impactar tanto negativamente como positivamente essa vivência. Já o artigo empírico investigou a experiência de interrupção da transição para a maternidade propriamente dita e seus desdobramentos.

O primeiro estudo surgiu como foco de interesse a partir da escuta das participantes durante as entrevistas, pois elas tiveram experiências de cuidado distintas. Infelizmente a maioria das mulheres entrevistadas para o projeto maior do qual esse estudo deriva havia vivenciado alguma situação desagradável, no caso, de descuido por parte das equipes de saúde. Ao ouvirmos esses relatos, passamos a nos questionar sobre como a experiência do cuidado pode impactar a vida dessas mulheres e famílias. Por isso, este artigo buscou refletir teoricamente sobre essa temática do cuidado na assistência à PG, assim buscando ampliar as noções de cuidado nesse contexto. A partir dos conceitos de cuidado de Figueiredo (2009/2011), além de outros conceitos correlatos de autores psicanalíticos como Freud, Winnicott e Ferenczi, aponta-se a necessidade de uma assistência integral, não focada apenas em aparatos técnicos e físicos, mas sim em um cuidado que seja fornecido de diferentes formas (técnico, emocional e social).

Por sua vez, o segundo estudo demonstrou que as mulheres que vivenciam uma PG na primeira gestação e não possuem uma ancoragem da sua maternidade em gestações

prévias ou posteriores vivenciam uma interrupção dos processos psíquicos da maternidade que estavam se desenvolvendo ao longo da gestação. Assim, vivenciar a perda gera confusão em sua identidade materna, produzindo um sofrimento psíquico importante, uma vez que não conseguem alocar a experiência de ser mãe de um filho morto em uma representação psíquica. Os achados permitiram conhecer a dor e a confusão vivenciada pelas mulheres quando se interrompe o processo de transição para a maternidade, possibilitando a problematização das concepções de maternidade vigentes e fornecendo subsídios que podem auxiliar na atuação clínica junto a esse grupo.

Os dois estudos apresentados contribuíram para o entendimento da complexidade de uma vivência de PG e apontam para a necessidade de rever algumas concepções que permeiam essa situação, como: o que é o cuidado, de que forma esse cuidado é expresso; o que é ser mãe; a gestação como parte da maternidade e não apenas uma preparação para ela, etc. Pensa-se que essas concepções se expressam no momento do acolhimento e cuidado oferecido para as mulheres, bem como no imaginário feminino quando essa vivência acontece.

Apesar das contribuições dos dois estudos, ao final desse percurso é necessário pontuar algumas limitações também. No artigo teórico não foi realizada uma revisão da literatura de forma sistemática, o que pode ter impossibilitado a identificação de outros estudos que poderiam ter incrementado as reflexões. Além disso, os conceitos escolhidos para a compreensão de cuidado poderiam ser ampliados, para permitir o aprofundamento da discussão desse tema, já que os conceitos de Freud, Ferenczi e Winniccott sobre o cuidado não puderam ser explorados em sua totalidade neste artigo.

Em relação ao estudo empírico, além das limitações já mencionadas, que levam à necessidade de investigar as experiências de perda em diferentes períodos da gestação, e de comparar essas experiências sem mulheres com e sem filhos, observa-se que os

instrumentos escolhidos poderiam ser mais adaptados à investigação do tema do presente estudo, já que eles não foram delineados para investigar especificamente o tema deste artigo. Além disso, o estudo contou com uma amostra pequena e bastante homogênea. Seria interessante a realização de um estudo maior, com uma amostra mais diversa em termos sócio-demográficos. Outro aspecto importante a ser investigado é a concepção de maternidade dos profissionais que atuam nas equipes de saúde que prestam cuidado a gestantes, para compreender como essas concepções podem impactar no acolhimento dessas mulheres.

Mesmo com tais limitações, acredita-se que este estudo pode inspirar outras pesquisas sobre a interrupção da transição para a maternidade, uma vez que esse tema ainda é incipiente na literatura científica. Como repercussão desta Dissertação, cabe mencionar que, das entrevistas realizadas, originou-se um profícuo conjunto de dados qualitativos, a partir dos quais estão sendo elaborados outros dois artigos (um sobre a experiência de gestação e de PG no contexto da Pandemia e outro sobre os aspectos traumáticos vividos a partir do descuido da equipe de saúde para com as mulheres que vivenciaram uma PG).

Finalmente, ao final desse percurso, destacam-se os aprendizados significativos obtidos, tanto no âmbito profissional quanto pessoal. Ao ouvir cada uma dessas histórias, e, ao refletir sobre aspectos referentes à maternidade e ao cuidado, também pude ampliar as minhas noções acerca desses acontecimentos enquanto profissional da saúde, e enriquecer a minha escuta clínica.

Referências da Dissertação

Aguiar, H. C., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-281. https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281

Alvarez, L. A., & Golse, B. (2009). *A psiquiatria do bebé*. Portugal: Publicações Europa-América.

Alves, J. F (2013). O nome ao natimorto é um direito humanitário. Revista Consultor Jurídico, São Paulo, ago. 2013. http://www.conjur.com.br/2013-ago-05/jones-figueiredo-nome-natimorto-direito-humanitario#author

Amthauer, C., Van der Sand, I. C. P., Hildebrandt, L. M., Linck, C. D. L., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2012). Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *11*(1), 81-88.

Aragão, R. O. (2007). *A construção do espaço psíquico materno e seus efeitos sobre o psiquismo nascente do bebê*. (Dissertação de mestrado). Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil.

Brasil. (2009). Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2019) DATASUS: Estatísticas vitais - Nascidos vivos por ocorrência pela idade da mãe. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def

Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde (2021). Painéis de monitoramento da mortalidade infantil e fetal. Recuperado, 21 de setembro de 2021, de http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/

Bollas, C. (1987). O objeto transformacional. In C. Bollas, A sombra do objeto. Rio de Janeiro: Imago.

Campbell-Jackson, L., Bezance, J., & Horsch, A. (2014). " A renewed sense of purpose": Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. BMC pregnancy and childbirth, 14(1), 1-12. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0423-x

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In: M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Orgs.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (v. II, pp. 87109). Braga: SHO/APPORT.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.

Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0095038

Defey, D., Diaz, R. J., Rossello, J. L., Friedler, R., Nuñez, M., & Terra, C. (1992). Duelo por un niño que muere antes de nacer. (2ed). Montevideo: CLAP.

Delabaere, A., Huchon, C., Lavoue, V., Lejeune, V., Iraola, E., Nedellec, S., Deffieux, X. (2014). Definition of pregnancy losses: Standardization of terminology from the French National College of Obstetricians and Gynecologists (CNGOF). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 43(10), 756–763. doi: 10.1016/j.jgyn.2014.09.010

Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.

Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490.

Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490.
Estilos da Clínica, 18(2), 358-371
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200010.

Faria-Schützer, D. B., Neto, G. L., Duarte, C. A. M., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2014). Fica um grande vazio: Relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 113-132. doi: 10.5433/2236-6407.2014v5n2p113

Ferenczi, S (2011). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. (1929). In: Sándor Ferenczi, *Obras Completas* (v.4, p.55-60). São Paulo: Martins Fontes.

Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30.

Figueiredo, L. C. (2011). Cuidado e saúde: uma visão integrada. *Alter: Revista de Estudos Psicanalíticos*, 11-29.

Fockler, M. E., Ladhani, N. N. N., Watson, J., & Barrett, J. F. (2017, June). Pregnancy subsequent to stillbirth: medical and psychosocial aspects of care. In Seminars in Fetal and Neonatal Medicine (Vol. 22, No. 3, pp. 186-192). WB Saunders. http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.004

França, R. M. P., & Rocha, Z. (2015). Por uma ética do cuidado na psicanálise da criança. Psicologia. *USP*, 26, 414-422.

Freire, T. C. (2012). *Transparência psíquica em nova gestação após natimorto.* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, DF, Brasil.

Freire, T. C. G., & Chatelard, D. S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007-1022. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/271/27115482012/

Freitas, J. L., & Michel, L. H. F. (2014). A maior dor do mundo: O luto materno em uma perspectiva fenomenológica. *Psicologia em Estudo,* 19(2), 273-283. doi: 10.1590/1413-737222324010

Freud, S. (1969). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol.20, pp. 95-200). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M., ... & Lancet's Stillbirths Series Steering Committee. (2011). Stillbirths: why they matter. *Lancet*, 377(9774),1353-1366. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62232-5.

Heazell, A. E., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., ... & Budd, J. (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604-616. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615008363

Hutti, M., Myers, J., Hall, L., Polivka, B., White, S., Hill, J., … & Grisanti, M. (2017). Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 128-134.

Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de psicopatología Fundamental*, 10, 614-6kupermann23. http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004.

Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: parents' and physicians' experiences of stillbirth–a qualitative analysis. *BMC pregnancy and childbirth,* 12(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-137

Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci,* 14(2), 187–194.

Kupermann, D. (2016). Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. *Revista da SBPH,* 19(1), 6-20.

Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., ... & Draper, E. S. (2016). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. The Lancet, 387(10018), 587-603.http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615008375

Lebovici, S. (1987). *O bebê, o psicanalista e a mãe.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 4(35), 1120-1138. doi: 10.1590/1982-3703001582014

Levandowski, D. C. (2018). Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais. Projeto de Pesquisa não publicado. UFCSPA.

Lopes, C. M. B., & Pinheiro, N. N. B. (2013). Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução da maternidade no processo de luto: um caso de nascimento-morte. *Estilos da Clínica*, 18(2), 358-371 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200010.

Maldonado, M. T. (2013). *Psicologia da Gravidez.* São Paulo, Jaguatirica.

Maushart, S. (2006). *A máscara da maternidade: Porque fingimos que ser mãe não muda nada.* São Paulo: Melhoramentos.

Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie? Nidification fœtale et nidation parentale. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 50(1), 61-80.

Mora-Alferez AP, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, Zighelboim EK., Michelena M (2016). Anomalías CromosómIicas en Abortos espontáneos. Rev Peru Ginecol Obstet; 62 (2): 141-51.

Mora-Alferez, A.P., Paredes, D., Rodríguez, O., Quispe, E., Chavesta, F., Zighelboim, E.K., & Michelena, M. (2016). Anomalías Cromosómicas en Abortos espontáneos. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 62(2), 141-51.

Murphy, S., & Cacciatore, J. (2017). The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(3), 129-134. DOI: https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.002

Nomura, R. M. Y., Benute, G. R. G., Azevedo, G. D. D., Dutra, E. M. D. S., Borsari, C. G., Rebouças, M. S. S., ... & Zugaib, M. (2011). Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: Comparação entre duas capitais brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(6), 644-650.

NUDIF – Núcleo de Infância e Família. (2008a). Ficha de dados sociodemográficos. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

NUDIF (2008b). Entrevista sobre a experiência da maternidade. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

NUDIF (2008b). *Entrevista sobre Experiência da Maternidade.* Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

Oliveira, M. T. S., Oliveira, C. N. T., Marques, L. M., Souza, C. L., & Oliveira, M. V**.** (2020). Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20, 361-372. https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003

Organização Mundial da Saúde (2011). National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995. 2011. Disponível em:http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_ RHR_11.03_eng.pdf.

Paris, G. F., de Montigny, F., & Pelloso, S. M. (2017). Adaptação transcultural e evidências de validação da Perinatal Grief Scale. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(1), 1-10.

Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.

Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45.
Quayle (Orgs.), Obstetrícia psicossomática (pp. 77-84). São Paulo: Atheneu

Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, *23*(3), 420-429. Recuperado em http://www.redalyc.org/pdf/188/18818719002.pdf

Robson, S. J., & Leader, L. R. (2010). Management of subsequent pregnancy after an unexplained stillbirth. Journal of Perinatology, 30(5), 305-310. http://www.nature.com/jp/journal/v30/n5/abs/jp2009133a.html

Salgado, H., D., O., & Polido, C., A., (2018). *Como Lidar Luto Perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal.* São Paulo: Ema Livros.

Santos, E. S. (2006). D. W. Winnicott e Heidegger. A teoria do amadurecimento pessoal e a acontecência humana. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Filosofia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Silva, P. N. (2012). Maternidade e relação mãe-bebê no contexto do luto materno. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, UNISINOS. São Leopoldo, RS, Brasil.

Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Teodózio, A. M., Barth, M. C., Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2020). Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: Estudo qualitativo. *Revista Subjetividades*, 20(2), 15-10.

Üstündağ–Budak, A. M., Larkin, M., Harris, G., & Blissett, J. (2015). Mothers' accounts of their stillbirth experiences and of their subsequent relationships with their living infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 1-14. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0700-3

Winnicott, D. W. (1956/1988). Preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Winnicott, D. W. (1962/1983). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: D.W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Wright, P. M. (2011). Barriers to a comprehensive understanding of pregnancy loss. *Journal of Loss and Trauma*, 16(1), 1-12. https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519298

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. (3ed). Porto Alegre: Bookman.

Zhou, H., Liu, Y., Liu, L., Zhang, M., Chen, X. & Qi, Y. (2016). Maternal pre-pregnancy risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a cohort study in China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]*, 206, 57-63.

ANEXO

ANEXO I - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO CEP UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e de repercussões emocionais

Pesquisador: DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35422120.7.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.271.420

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa propõe uma condução metodológica mista e sequencial de avaliação. É composto por 2 estudos interligados: o Estudo 1 - Ocorrência de luto prolongado e avaliação de variáveis associadas em mulheres e homens que vivenciaram uma perda gestacional, com caráter quantitativo(cross-sectional e correlacional) e o Estudo 2: Compreendendo a experiência de mulheres e homens que vivenciaram uma perda gestacional, com caráter qualitativo (exploratório-descritivo) a serem realizados nessa ordem. A população de estudo será de mulheres (n=120) entre 18-40 anos com perda gestacional (aborto espontâneo tardio ou óbito fetal)nos últimos 12 meses. Serão incluídos pais (n=3) na avaliação. Recrutamento será via rede de contatos da equipe de pesquisa, divulgação em mídias sociais ou pelo Hospital São Francisco de Assis de Parobé-RS.

Objetivo da Pesquisa:

Estudo 1:1) Verificar a ocorrência de luto prolongado entre mulheres que vivenciaram uma perda gestacional, em diferentes momentos após a ocorrência da perda (até três meses, entre três e seis meses, e entre seis e doze meses após o evento).2) Verificar eventuais associações entre variáveis psicológicas e a presença de luto prolongado em mulheres que vivenciaram uma perda gestacional, em diferentes momentos após a ocorrência da perda (até três meses, entre três e seis meses, e entre seis e doze meses após o evento).3) Identificar a sintomatologia de luto perinatal em homens e mulheres que compartilharam uma vivência de perda gestacional, assim

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

como avaliar o grau de intimidade e percepção da qualidade da relação conjugal para cada cônjuge.Estudo 2:1) Descrever os sentimentos e as percepções de mulheres e homens que vivenciaram uma perda gestacional, em diferentes momentos após a ocorrência da perda (até três meses, entre três e seis meses, e entre seis e doze meses após o evento).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores referem que a coleta dos dados não será realizada imediatamente após a perda gestacional, e ocorrerá após 1 mês da mesma. Caso a paciente tenha algum desconforto no momento dos questionários, o pesquisador permitirá interromper a entrevista, a paciente poderá se recusar a continuar e a equipe proporcionará um acolhimento (encontros ou encaminhamento para atendimento psicológico). O tempo de entrevista e coleta dados será aprox. 45 minutos(Estudo 1) e 60 minutos (Estudo 2). Benefícios: segundo os pesquisadores, proporcionarão espaço para reflexão e diálogo com os participantes da pesquisa. Após o levantamento das respostas, o participante terá oportunidade de retorno com os pesquisadores

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa com caráter metodológico misto. Utilizará instrumentos de coleta de dados validados,de forma presencial(em local e hora conforme preferência da paciente, com custeio dos pesquisadores) ou on-line, com tempo previsto de coleta de 45 minutos para o Estudo 1. Ao final, as primeiras 30 participantes mulheres e os 3 participantes homens serão convidados a colaborar com o Estudo 2 com tempo estimado de questionário de 60 minutos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se da resposta ao Parecer pendente número 4.216.156 emitido pelo CEP em 17/08/2020 com as seguintes pendências: Constar nos TCLE (impresso e on-line) a garantia do participante da pesquisa em receber 1 via do TCLE. Anexar TCLE em arquivo pdf. Ajustes no cronograma (Projeto de Pesquisa e PB) - coleta dos dados do Estudo 1 e 2 está com início em Junho/2020 - antes da apreciação do CEP.

Conforme a CARTA-RESPOSTA e documentos anexados pelos pesquisadores,as solicitações do último parecer foram atendidas na sua totalidade.

Digitalizada com CamScanner

Considerações Finais a critério do CEP:

- Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório"para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS 001/13, item XI.2.d.
- As Emendas ou Notificações ao Projeto somente poderão ser solicitadas enquanto o Projeto de Pesquisa estiver em vigência de acordo com o cronograma registrado no Protocolo PB.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1530271.pdf	22/08/2020 09:37:58		Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_revisada_ago2020.pdf	21/08/2020 23:18:03	PRISCILLA ANDREWNS DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPG.pdf	21/08/2020 23:16:00	PRISCILLA ANDREWNS DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudo_2_coleta_presencial_210820.pdf	21/08/2020 23:10:58	PRISCILLA ANDREWNS DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudo_2_coleta_online_210820.pdf	21/08/2020 23:10:36	PRISCILLA ANDREWNS DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudo_1_coleta_presencial_210820.pdf	21/08/2020 23:10:18	PRISCILLA ANDREWNS DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudo_1_coleta_online_210820.pdf	21/08/2020 23:09:43	PRISCILLA ANDREWNS DOS SANTOS	Aceito
Outros	termo_compromisso_de_entrega_de_relatorio.docx	01/07/2020 21:07:04	PRISCILLA ANDREWNS DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Daniela.pdf	20/05/2020 00:05:47	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	cartaz.jpg	19/05/2020 19:45:57	PRISCILLA ANDREWNS DOS SANTOS	Aceito

Digitalizada com CamScanner

Outros	Termo_de_Anuencua.jpg	19/05/2020 14:36:51	SANDI TERESINHA NOTTAR DA SILVA TAVARES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 11 de Setembro de 2020

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

Digitalizada com CamScanner

ANEXO II – TERMOS DE CONSENTIMETOS LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa
Luto materno decorrente de perda gestacional:
Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais
(Estudo 1) - Coleta Online

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais**. Este estudo tem o objetivo principal de investigar as repercussões emocionais do luto de mulheres que vivenciaram uma perda gestacional, em diferentes momentos após a ocorrência dessa perda (até três meses, entre três e seis meses, entre seis e 12 meses e entre 12 e 36 meses depois). Dentro desta pesquisa também se objetiva investigar como os casais e os homens, individualmente, vivenciam essa experiência.

Para alcançar os objetivos do estudo, estamos convidando você para colaborar conosco. Essa colaboração envolve você responder alguns questionários de forma online, que avaliam situações de perda, o processo de luto e aspectos da sua relação conjugal. Também serão solicitados alguns dados pessoais para podermos caracterizar os participantes. A sua colaboração deve durar aproximadamente 45 minutos e poderá acontecer no horário que for mais adequado para você.

Você não terá nenhum tipo de custo com essa participação. A sua participação também não acarreta nenhuma vantagem, embora possa ajudar na capacitação de profissionais que atendem casais que perdem um bebê durante a gestação. Para você, participar desse estudo pode ser um momento de refletir sobre a sua experiência. Nesse sentido, embora a sua participação não acarrete nenhum tipo de risco para você, devido ao tema, algumas perguntas dos questionários poderão lhe causar algum desconforto. Caso isso aconteça, você poderá interromper a sua participação. Você poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem prejuízos ou danos de qualquer natureza. Além disso, você poderá contatar a equipe de pesquisa pelos e-mails sandintavares@gmail.com ou psipriscillasantos@gmail.com para receber um acolhimento, a partir de um espaço de escuta e reflexão, caso seja do seu interesse, ou mesmo para esclarecer qualquer dúvida.

Durante a sua participação, a qualquer momento do estudo, caso a equipe de pesquisa identifique algum tipo de sofrimento emocional ou risco para você, garantiremos o seu acolhimento e posterior encaminhamento para a rede de assistência social e/ou de saúde, sempre considerando o que for mais próximo da sua residência.

Ressaltamos que os dados obtidos serão confidenciais e que serão utilizados somente para este estudo e as publicações científicas dele originadas. A identidade de nenhum(a) participante será revelada.

Desde já agradecemos a sua contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa e nos colocamos a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida pelos e-mails das pesquisadoras Sandi T. Nottar da Silva Tavares e Priscilla Andrews dos Santos, ambas psicólogas e mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da UFCSPA.

Caso você tenha dúvidas sobre os aspectos éticos desse estudo, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone: 3303-8804 ou no seguinte endereço: Rua Sarmento Leite, no 245, Centro, Porto Alegre/RS, CEP 90050-170, das 8h às 12h e das 14h às 17h.

Declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e estou ciente com o estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- SIM, aceito participar da pesquisa.
- NÃO aceito participar da pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa
Luto materno decorrente de perda gestacional:
Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais
(Estudo 2) - Coleta Online

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais**. Este estudo tem o objetivo principal de investigar as repercussões emocionais do luto de mulheres que vivenciaram uma perda gestacional, em diferentes momentos após a ocorrência dessa perda (até três meses, entre três e seis meses, entre seis e 12 meses e entre 12 e 36 meses depois). Dentro desta pesquisa também se objetiva investigar como os casais e os homens, individualmente, vivenciam essa experiência.

Para alcançar os objetivos do estudo, estamos convidando você para colaborar conosco. Essa colaboração envolve você responder uma entrevista realizada por vídeochamada, com até 60 min de duração, para melhor compreender a sua experiência de perda.

Você não terá nenhum tipo de custo com essa participação. A sua participação também não acarreta nenhuma vantagem, embora possa ajudar na capacitação de profissionais que atendem casais que perdem um bebê durante a gestação. Para você, participar desse estudo pode ser um momento de refletir sobre a sua experiência. Nesse sentido, embora a sua participação não acarrete nenhum tipo de risco para você, devido ao tema, algumas perguntas da entrevista poderão lhe causar algum desconforto. Caso isso aconteça, você poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem prejuízos ou danos de qualquer natureza. Além disso, a equipe de pesquisa lhe oferecerá um acolhimento, a partir de um espaço de escuta e reflexão, caso seja do seu interesse, ou mesmo para esclarecer qualquer dúvida.

Durante a sua participação, a qualquer momento do estudo, caso a equipe de pesquisa identifique algum tipo de sofrimento emocional ou risco para você, garantiremos o seu acolhimento e posterior encaminhamento para a rede de assistência social e/ou de saúde, sempre considerando o que for mais próximo da sua residência.

Ressaltamos que os dados obtidos serão confidenciais e que serão utilizados somente para este estudo e as publicações científicas dele originadas. A identidade de nenhum(a) participante será revelada.

Desde já agradecemos a sua contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa e nos colocamos a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida pelos e-mails sandintavares@gmail.com ou psipriscillasantos@gmail.com, das pesquisadoras Sandi T. Nottar da Silva Tavares e Priscilla Andrews dos Santos, ambas psicólogas e mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da UFCSPA.

Caso você tenha dúvidas sobre os aspectos éticos desse estudo, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone: 3303-8804 ou no seguinte endereço: Rua Sarmento Leite, no 245, Centro, Porto Alegre/RS, CEP 90050-170, das 8h às 12h e das 14h às 17h.

Declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e estou ciente com o estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- SIM, aceito participar da pesquisa.
- NÃO aceito participar da pesquisa.

ANEXO III - Normas para publicação no periódico Psicologia em Estudo

Diretrizes para Autores

TEXTO

1. O artigo deve ser submetido em arquivo doc. ou docx. Textos enviados em outro formato serão recusados.
2. Em todos os artigos deverá constar:

- Página inicial com: Título em português, inglês e espanhol (com no máximo 12 palavras); Título abreviado em português, inglês e espanhol (com no máximo cinco palavras); Indicação da seção da revista a qual o artigo foi submetido; **Sem identificação dos autores.**
- Resumos em português, inglês e espanhol (máximo de 250 palavras em todos os idiomas) com cinco palavras chaves;
- Financiamentos (quando houver);
- Não incluir notas de rodapé.

3. Folha de rosto (esta deve ser enviada como documento suplementar):

- Nome dos autores, ORCID de cada um dos autores e afiliação institucional; Indicação do autor de correspondência com e-mail e endereço;

As modalidades previstas pela revista são:

- **Artigos originais** baseados em dados empíricos limitados a 25 páginas, que devem incluir todas as partes do artigo, inclusive referências, tabelas e figuras. Número máximo de 20 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (identificar subseções: participantes, instrumentos ou materiais e procedimentos); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.
- **Artigos de revisão (sistemática ou de escopo),** limitados a 25 páginas incluindo um número máximo de 40 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (critérios de inclusão do material na revisão, procedimentos de coleta dos dados documentais e procedimentos de análise); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.
- **Artigos de casos clínicos,** limitados a 10 páginas, incluindo um número máximo de 15 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (caracterização clínica do caso, procedimentos de avaliação e intervenção); Resultados; Discussão do caso (incluindo conclusão) e Referências.
- **Informes breves** sobre dados de pesquisa, limitados a 5 páginas, incluindo um número máximo de 15 referências. Seguir a estrutura: Introdução (não subdividir em tópicos); Método (identificar subseções: participantes, instrumentos ou materiais e procedimentos); Resultados; Discussão (incluindo a conclusão) e Referências.

Formatação do arquivo:

Resumo/Abstract/Resumen: (alinhado à esquerda e em bloco único) com, no máximo, 250 palavras nos três idiomas. O resumo deve conter uma apresentação breve, mas precisa do conteúdo do artigo contemplando os principais itens na ordem em que eles aparecem no texto. São necessárias cinco palavras-chave em cada um dos idiomas do resumo.

Corpo do texto: não devem aparecer os nomes dos autores. Não é necessário iniciar uma nova página a cada tópico. Fonte Times New Roman, com corpo 12, e espaçamento de 1,5, sem exceder o número de páginas em relação ao tipo de artigo. Todas as páginas devem ser numeradas. O texto deve ser alinhado à esquerda, não justificado. Recue apenas a primeira linha do parágrafo. É proibido o uso de recursos especiais de edição de tipo sublinhado, hifenização, macros.

Figuras, Quadros e Tabelas: Figuras, quadros e tabelas devem ser inseridos após as referências e são limitados a um total de quatro por modalidade de artigo, excetuando-se os informes breves, que têm o limite de duas. Os arquivos originais das tabelas e figuras deverão, adicionalmente, ser inseridos no OJS em formato editável e em alta resolução (300 dpi) como arquivos adicionais para, se necessário, serem utilizados na editoração final do artigo, caso esse seja aceito.

Referências: Seguir normas da American Psychological Association (APA) – 6a ed. Listadas por ordem alfabética de sobrenome dos autores. Os trabalhos de mesmo autor único são ordenados por ano de publicação (começando pela mais antiga).

*Em caso de artigo, o DOI será exigido ao final da referência.

Para mais informações acerca das normas da APA 6ª edição, criamos um guia simplificado de citações e referências. Para baixá-lo é só copiar o endereço em seu navegador:

http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/libraryFiles/downloadPublic/16

Anexos: Usados apenas quando forem estritamente necessários e incluídos somente após consulta ao Editor da revista.

Contagem das páginas: Se inicia a partir da Introdução e terminará contando as tabelas e figuras ao final do artigo, depois das referências. Os arquivos originais das figuras, tabelas, quadros e gráficos devem ser submetidos, também, como arquivos separados.

Indicação de revisores

Juntamente com a submissão, os autores deverão indicar nomes de cinco possíveis revisores (e seu e-mail) que tenham afinidade ao tema tratado no artigo e sem conflito de interesse com os autores. Esses revisores obrigatoriamente deverão possuir título de doutor e não poderão ter publicado artigos em conjunto com qualquer dos autores. Esses nomes poderão ser escolhidos ou não pelo conselho de editores que julgará sua pertinência como revisores.

Descrição da participação dos autores

Deverá ser apresentado, como arquivo suplementar, um documento com a descrição da participação de cada autor na elaboração do trabalho e os dados de cada um (nome completo, filiação institucional, dados de autor responsável pela correspondência - nome, endereço postal, endereço eletrônico).

Auxílios Financeiros

Auxílios financeiros deverão ser indicados durante a submissão eletrônica no campo reservado para esse fim e deverão ser indicados no próprio manuscrito.

Checklist

Artigos de Revisão Sistemática e de Revisão de Escopo devem submeter o checklist correspondente preenchido.

Checklist de Revisão Sistemática

Checklist de Revisão de Escopo

Declaração de Direito Autoral

Junto ao artigo deverá ser enviada como arquivo digital uma carta assinada por todos os autores e dirigida ao Editor, autorizando o processo editorial.

Segue modelo:

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Os direitos autorais dos artigos publicados na *Psicologia: Teoria e Prática* pertencem aos autores, que concedem à **Universidade Presbiteriana Mackenzie** os direitos de publicação do conteúdo.

(incluir nomes e assinaturas de todos os autores)

Carta de compromisso com a Tradução

Deverá ser enviada também como arquivo digital a **carta de compromisso** com a tradução e, assim como nos **Direitos Autorais**, ela deverá ser assinada por todos os autores. Os custos da tradução ocorrerão **exclusivamente por parte dos autores**, que se comprometem a isso desde o envio da carta que nos autoriza a iniciar o processo editorial, conforme modelo:

CARTA DE TRADUÇÃO

Nós, autores abaixo assinados, que submetemos o artigo "**(incluir nome do artigo)**" de autoria de "**(incluir nomes dos autores)**" à avaliação da *Revista Psicologia Teoria e Prática*, concordamos com a tradução de nosso artigo para a língua inglesa, caso ele seja aceito para a publicação. Concordamos que a tradução seja realizada por alguma das empresas de tradução indicadas pela revista e que os custos desse processo serão pagos

pelos autores diretamente ao responsável pela tradução. Aceitamos cumprir o prazo de 30 dias a contar da aceitação do artigo para enviar a versão traduzida para a revista.

(incluir nomes e assinaturas de todos os autores)

Comitê de Ética

É imprescindível que, quando se tratar de pesquisas com seres humanos, o autor envie uma cópia da **aprovação do Comitê de Ética** como arquivo digital. Mesmo artigos de casos clínicos e artigos sobre relatos de experiência profissional devem apresentar essa aprovação.

Informações sobre versão em inglês

1. Uma vez que a Revista Psicologia Teoria e Prática adota publicação bilíngue de seus artigos, após o aceite final do artigo, os autores são responsáveis pelo envio, ao editor, da versão em inglês, em um prazo máximo de 30 dias.
2. Essa versão obrigatoriamente deverá ser feita por um dos profissionais ou empresas especializadas indicadas pela revista, garantindo a qualidade linguística da versão e a sua compatibilidade com o artigo em português.
3. Os custos da tradução ocorrerão exclusivamente por parte dos autores que se comprometem a isso no envio da carta que autoriza o início do processo editorial.
4. Caso a qualidade da versão em inglês não seja adequada ou não haja compatibilidade entre ela e o artigo aprovado em português, serão solicitadas novas modificações antes da publicação.

ANEXO IIII - Normas para publicação no periódico Psicologia Ciência e Profissão

Diretrizes para Autores

Escopo e política

A Revista **Psicologia: Ciência e Profissão** é uma publicação trimestral editada pelo Conselho Federal de Psicologia.

Publica textos originais em português, inglês, espanhol ou francês de relevância científica e social para a produção do conhecimento em psicologia, em uma perspectiva crítica, consonantes com as políticas da profissão e atentos aos direitos humanos.

A Psicologia: Ciência e Profissão publica:

1. Estudo teórico/ Revisão bibliográfica - Exige-se, na revista, que a pesquisa teórica, nos diferentes campos do conhecimento, contribua para o aprofundamento de um tema ou conceito e apresente um debate teórico que mapeie o estado da arte, culminando em apontamentos que sugiram uma perspectiva crítica e inovadora no campo da psicologia e suas interfaces. Artigos de revisão bibliográfica que somente mencionam a posição de outros autores sobre conceitos e teorias e que pesquisam ou realizam levantamentos de temáticas em base de dados não serão aceitos por este periódico.

2. Relato de pesquisa – investigações inéditas, de relevância científica, construídas a partir de materiais empíricos. É necessário explicitar os fundamentos teórico-metodológicos, as análises e as discussões decorrentes da pesquisa. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências;

3. Relato de experiência - relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, que tragam contribuições para as práticas em Psicologia. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências.

O título abreviado do periódico é **Psicol., Ciênc. Prof.** que deve ser usado em notas de rodapé e referências.

Caso a autora ou o autor queira divulgar seu trabalho em outro formato deve citar esta primeira publicação.

Preparação dos textos:

O texto submetido a RPCP não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica ou de pesquisa.

Todas as submissões devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author), no que diz respeito ao estilo de apresentação do texto e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho

científico. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA.

Observação: Se uma citação ou trecho de entrevista compreende menos do que 40 palavras, incorpore-a ao texto e a coloque entre aspas duplas. Caso compreenda 40 ou mais palavras, apresente-a em um bloco de texto separado e omita as aspas.

Critérios gerais para avaliação dos textos:

1. Os trabalhos enviados podem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês, obrigatoriamente com resumo, abstract e resumen;
2. Espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, margens de 2,54 centímetros, texto alinhado à esquerda;
3. Textos devem ser submetidos em extensão .doc ou .docx;
4. Tabelas e figuras (gráficos e imagens) devem constar no corpo de texto, mas necessariamente em formato editável;
5. As páginas não devem ser numeradas;
6. O título deve ter até 12 palavras, ser centralizado, em negrito e conter letras maiúsculas e minúsculas;
7. O título deve explicitar o(s) fenômeno(s) estudado(s) e a relação com o contexto de investigação;
8. O resumo deve corresponder ao desenvolvimento do texto e conter de 150 a 250 palavras, e de 3 a 5 palavras-chave em cada um dos resumos;
9. As referências e formas de citação devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author);
10. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs) incluídos no texto devem estar ativos e prontos para acesso imediato.
11. Todos os autores e coautores devem ter seu Open Researcher and Contributor ID - ORCID cadastrado em seu perfil do SciELO. Caso não tenha o ORCID, fazer o cadastro em https://orcid.org/register.
12. Autores de artigos que não possuem graduação completa na área de Psicologia ou afins deverão ter em coautoria um profissional com no mínimo graduação.

Etapas da avaliação

1. Os textos serão avaliados quanto a sua adequação às normas de submissão da Revista. Em havendo equívocos no processo de submissão as autoras e ou os autores serão notificados e o texto arquivado, ficando a critério das autoras e ou dos autores uma nova submissão;
2. Os textos aprovados na primeira etapa serão avaliados pela Comissão Editorial em relação a sua coerência com o escopo da revista. Para tanto, a comissão editorial poderá recorrer ao conselho consultivo. Em caso de dissonância o texto poderá ser arquivado e as autoras e ou os autores notificados.
3. Os textos aprovados nas etapas anteriores serão submetidos à avaliação de pareceristas *ad hoc*, omitida a identidade das autoras e ou dos autores. Após esta avaliação o texto poderá ser recusado, encaminhado para reformulações ou aceito para publicação. Em todos os casos as autoras e ou os autores serão notificados.

Submissão do texto pelo(s) autor(es)

As autoras e ou as autores devem atentar-se as seguintes especificações de envio:

1) Carta à Editora
Os autores e as autoras devem dar ciência da sua concordância com a publicação do texto à Revista Psicologia: Ciência e Profissão por meio de **carta à editora** assinada por todas as autoras e ou todos os autores e enviada via Plataforma SciELO como "Documento Suplementar", em PDF atendendo as seguintes exigências:

a) Identificar o tipo de texto, conforme especificado no item "preparação dos textos";

b) Declarar que o texto não foi submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica;

c) Declarar que os procedimentos éticos de pesquisa foram cumpridos.

A Comissão editorial poderá solicitar documentos relacionados às resoluções vigentes (Resolução CONEP nº466/2012 e/ou Resolução CONEP nº 510/2016).

Somente serão avaliados os textos submetidos à Revista PCP via Plataforma SciELO.

2) Folha de Rosto
A folha de rosto deverá ser enviada via Plataforma SciELO como "Documento Suplementar", contendo:
Título em português (máximo de 12 palavras);
Título em inglês;
Título em espanhol;
Nome, titulação e afiliação institucional e/ou profissional, por extenso, de cada um dos autores;
Nomes dos autores como devem aparecer em citações;
Endereço de correspondência do autor ou da autora com o qual a Revista poderá manter contato;
Informação de financiamento de pesquisa pelas agências de fomento quando pertinentes.

Caso o artigo tenha mais de 4 autores/autoras, deve ser especificada a contribuição de cada um/uma na concepção e execução da pesquisa e/ou na elaboração do manuscrito.

3) Apresentação formal do texto
Os textos originais deverão ser submetidos via Plataforma SciELO mediante cadastro do(a) autor(a) na página da Revista PCP (http://submission.scielo.br/index.php/pcp/about/submissions#authorGuidelines). Para garantir a revisão às cegas, as autoras e ou os autores serão responsáveis por retirar do texto qualquer forma de identificação de autoria.

Os autores e ou as autoras serão comunicados automaticamente sobre o recebimento do texto e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica, utilizando seu nome de usuário e senha. Os textos somente iniciarão o processo editorial com o registro de todas as autoras e ou todos os autores na página da Revista e de seus respectivos e-mails.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

Estudos Teóricos/Ensaios

Estudos teóricos/ensaios - Discussões originais de temas, conceitos e problemas fundamentados teoricamente, que contribuam para o campo de estudo. Não serão aceitos artigos de revisão bibliográfica ou teórica que se restrinjam a levantamentos de base de dados. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências.

Relatos de Pesquisa

Relatos de pesquisa - investigações inéditas, de relevância científica, construídas a partir de materiais empíricos. É necessário explicitar os fundamentos teórico-metodológicos, as análises e as discussões decorrentes da pesquisa. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências.

Relatos de Experiência Profissional

Relatos de experiência profissional - relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, que tragam contribuições para as práticas em Psicologia. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.