

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM

PSICOLOGIA E SAÚDE

Priscilla Andrewns dos Santos

**Perda Gestacional em Perspectiva:
Vivências de Luto Parental**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

Porto Alegre

2021

Priscilla Andrewns dos Santos

Perda Gestacional em Perspectiva: Vivências de Luto Parental

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

Catálogo na Publicação

Santos, Priscilla Andrewns dos
Perda gestacional em perspectiva: vivências de luto
parental / Priscilla Andrewns dos Santos. -- 2021.
105 p. : tab. ; 30 cm.

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

Orientador(a): Daniela Centenaro Levandowski.

1. Perda Gestacional. 2. Óbito Fetal. 3. Luto
Parental. 4. Assistência à Saúde. 5. Parentalidade. I.
Título.

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

Perda Gestacional em Perspectiva: Vivências de Luto Parental

BANCA AVALIADORA

Prof^ª. Dr^ª. Clarissa De Antoni

Departamento de Psicologia

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

Prof^ª. Dr^ª. Milena da Rosa Silva

Instituto de Psicologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof^ª. Dr^ª. Tagma Marina Schneider Donelli

Centro de Ciências da Saúde, PPG Psicologia

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Porto Alegre

2021

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só se tornou possível a partir de algumas apostas, enlaces e encontros que permitiram que eu me mantivesse bancando o desejo de realizar esta pesquisa e a necessidade de investir de todas as formas possíveis nesta trajetória.

Agradeço imensamente todo o amor, apoio e acolhida de meus pais Patrícia e Adilto e avós José e Adelina que sempre acreditaram em mim, nos meus sonhos e muito me incentivaram até aqui. Ao meu namorado Rafael pela compreensão, carinho e cuidado em meio a esse processo (e pelas inúmeras xícaras de café e abraços-casa). Amo vocês!

À aposta, suporte e direcionamento da minha orientadora Daniela, que me auxiliou a pensar e (re)pensar este estudo, sendo também continente, doce e afetiva nos momentos de angústia, servindo como um modelo inspirador de professora e pesquisadora. Aos ricos encontros que só se deram através deste mestrado: Grupo de pesquisa NEEDS, em especial as meninas incansáveis e dedicadas do Projeto PG, aos professores do PPG Psicologia e Saúde UFCSPA, e a minha dupla de trocas infinitas, reflexões e compartilhamento na construção não só desta pesquisa, como de toda a caminhada até aqui, Sandi. Contar com vocês foi fundamental e fez desse processo mais rico, colorido e fecundo!

Às coordenadoras do Hospital Tramandaí, Thaís, Queli e Dagmar, onde trabalho, pela flexibilidade que proporcionou que em muitos momentos eu pudesse me manter focada, investindo neste projeto mesmo em meio a infinitas demandas em um momento de pandemia, e à querida colega e amiga Simone, por me ouvir (muito) e incentivar mesmo “debaixo de mau tempo”.

E, finalmente, a todos os participantes desta pesquisa, que compartilharam comigo e com este grupo, e confiaram a esta pesquisa o que tem de mais valioso: seus sentimentos, memórias e parte de sua história.

Meus mais sinceros agradecimentos e gratidão. Cada um de vocês teve participação fundamental neste trabalho e no meu processo até aqui!

*“A morte é como o umbigo:
o quanto nela existe é a sua cicatriz,
a lembrança de uma anterior
existência”*

(Mia Couto)

RESUMO

A perda gestacional (PG) apresenta repercussões particulares, sendo o não reconhecimento social e o despreparo das equipes de saúde para lidar com essa situação atravessamentos que podem acarretar um processo de luto complexo e singular. A literatura evidencia modos distintos de vivência da PG por homens e mulheres, embora ainda sejam escassos os estudos a partir da perspectiva masculina. Esta Dissertação objetiva compreender a experiência de homens e mulheres que compartilharam uma PG, suas repercussões e possíveis diferenças no seu processo de luto, assim como o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde. Para isso, realizou-se um estudo teórico para refletir sobre o cuidado destinado a pais e mães em situação de PG pelos profissionais de saúde, com base no conceito de Ética do cuidado de Figueiredo (2007/2011) e de conceitos psicanalíticos relacionados. Ainda, realizou-se um estudo empírico qualitativo, com delineamento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005), para investigar as repercussões e as diferenças na vivência de PG e no processo de luto de homens e mulheres que vivenciaram uma PG nos últimos 12 meses. Os participantes completaram uma *Ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos*, o *Brief Symptom Inventory* e a *Escala de Luto Perinatal*, para a sua caracterização, sendo após realizada uma entrevista semiestruturada individual. O estudo teórico concluiu que a ausência de cuidados satisfatórios diante uma vivência de PG pode ser sentida tanto como invasão quanto como negligência, ambas configurando uma experiência de descuido. Apontou também que o cuidado e a assistência oferecidos aos pais e mães não deve estar centrado apenas nos aparatos técnicos e na atenção aos aspectos físicos, englobando outras esferas, como o olhar humanizado, a empatia e o acolhimento emocional dos envolvidos, com o fornecimento de apoio de diferentes formas (técnico, emocional e social). Já o estudo empírico evidenciou distintas repercussões e caminhos encontrados por homens e mulheres para a vivência do luto decorrente de uma PG, influenciados pela característica particular da vivência corporal da gestação e da PG na mulher. Essa característica mostrou-se um importante demarcador dessas diferentes experiências, pautadas em processos psíquicos singulares e na compreensão social de que a diferença corporal acarretaria uma disparidade na dupla conjugal em relação à dor e ao sofrimento. A percepção de que a vivência de PG é mais sofrida nas mulheres impactou em maior silenciamento e em luto encoberto nos homens. Observou-se neles comportamentos de evitação do sofrimento e um maior tempo de negação frente à notícia da PG. Nas mulheres, evidenciou-se maior necessidade de falar sobre a perda e abertura para trocas e busca de apoio. Culpa e isolamento social foram observados em ambos, com modos e objetivos distintos. A forma como o parto aconteceu, incluindo o cuidado das equipes de saúde, evidenciou desdobramentos singulares, atenuando ou complicando a vivência da PG. Verificou-se, ainda, que a flexibilidade de papéis de apoio entre o casal, o sentir-se mãe/pai mesmo após a morte do filho, a espiritualidade como forma de atribuição de sentido e a presença de rituais de despedida e movimentos simbólicos facilitaram o processo de elaboração e (re)significação da PG.

Palavras-chave: Perda Gestacional; Óbito Fetal; Luto Parental; Assistência à Saúde; Parentalidade.

ABSTRACT

Pregnancy loss (PL) has particular repercussions, with the lack of social recognition and the unpreparedness of health teams to deal with the situation, crossings that can lead to a complex and unique grief process. The literature shows different ways of experiencing PL by men and women, although studies that include the male perspective are still scarce. This Master Thesis aims to understand the experience of men and women who shared a PL, its repercussions and possible differences in their grieving process, as well as the care provided by health professionals. For this, a theoretical study was carried out to reflect on the care provided to these fathers and mothers in PL situations by health professionals, based on the concept of Ethics of Care by Figueiredo (2007/2011) and other related psychoanalytic concepts. Furthermore, a qualitative empirical study was carried out, with a multiple cases study design (Yin, 2005), to investigate the repercussions and differences in the experience of PL and in the grieving process of men and women who experienced a PL in the last 12 months. Participants completed a Socio-Demographic and Clinical Data Sheet, the Brief Symptom Inventory and the Perinatal Grief Scale to characterize the sample, after which an individual semi-structured interview was carried out. The theoretical study concluded that the absence of satisfactory care in the face of an experience of PL can be felt as both an invasion and negligence, both configuring an experience of carelessness. It also pointed out that the care and assistance offered to parents in this context should not be centered only on technical devices and attention to physical aspects, encompassing other spheres, such as the humanized look, empathy and emotional welcoming of those involved, with the provision of support in different ways (technical, emotional and social). The empirical study, on the other hand, evidenced distinct repercussions and paths found by men and women for the experience of mourning resulting from a PL, influenced by the particular characteristic of the gestational experience and the PL being corporeal in women. This characteristic was shown to be an important demarcator of these different experiences, based on unique psychic processes and on the social understanding that this bodily difference would lead to a disparity in the marital couple in relation to pain and suffering. The perception that the experience of PL is more painful in women resulted in greater silencing and in a covert mourning in men. It was observed in them behaviors to avoid suffering and a longer time of denial when faced with the news of loss. Among women, there was a greater need to talk about the loss and openness to exchanges and search for support. Guilt and social isolation were observed in both, with different modes and goals. The way in which childbirth takes place, including the care provided by the health teams, showed unique consequences, attenuating or complicating the experience of PG. It was also found that the flexibility of support roles between the couple, the feeling of mother/father even after the child's death, spirituality as a way of attributing meaning and the presence of farewell rituals and symbolic movements facilitated the process of elaboration and (re)signification of PL.

Keywords: Pregnancy Loss ; Fetal Death; Parental Grief; Health Care; Parenthood.

SUMÁRIO

RESUMO DISSERTAÇÃO.....	07
APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO.....	11
OBJETIVOS.....	15
ARTIGO 1.....	16
Resumo.....	14
Introdução.....	19
Discussão Geral	26
Considerações Finais.....	33
Referências	34
ARTIGO 2.....	37
Resumo.....	38
Introdução.....	41
Método	46
Resultados.....	52
Discussão Geral	63
Considerações Finais.....	71
Referências.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	83
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....	86
ANEXOS.....	88
Anexo I – Parecer de Aprovação do Projeto no CEP UFCSPA	88
Anexo II - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	92
Anexo III - Normas para publicação no periódico Psicologia em Estudo.....	95
Anexo IV - Normas para publicação no periódico Subjetividades.....	99

1. APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado é derivada do projeto “*Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e de repercussões emocionais*”- LMPG (Levandowski, 2018), que foi desenvolvido junto ao NEEDS UFCSPA (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde). O assunto luto sempre foi de meu interesse, tendo me aproximado e estudado mais a este respeito a partir das experiências que tive na área hospitalar. A perda gestacional é um tema que esteve bastante presente em minha trajetória, tanto ainda como estudante, como já durante a minha atuação profissional, através da prática da Psicologia em UTI Neonatal, acompanhamentos de partos e atendimentos em ambulatório de medicina fetal.

Nas experiências de estágio e de residência multiprofissional, pude acompanhar o intenso sofrimento experimentado pelos pais no período subsequente à notícia de perda de um filho. Também pude identificar a dificuldade das instituições e de alguns profissionais para a aproximação e acolhimento dessas famílias, por vezes intervindo de forma pouco empática e distanciada frente ao sofrimento, gerando ainda mais dor. Uma das questões que sempre me chamou atenção nessas experiências eram as diferenças observáveis nos comportamentos de homens e mulheres frente à notícia da perda de um filho, e o olhar dos profissionais de saúde geralmente mais voltado à mãe, me fazendo refletir sobre essas distinções na vivência de cada um da dupla parental, suas repercussões emocionais e impactos no processo de luto destes pais. Os movimentos desses casais também me despertavam a vontade de buscar maior compreensão de como aspectos do relacionamento conjugal eram percebidos após a vivência compartilhada da perda de um filho.

Somado a isso, frases como “Tu é jovem mãezinha, vai ter outros filhos”, ouvidas ainda no hospital, me fizeram pensar em como esse luto experimentado pelos casais não é reconhecido. Essa falta de reconhecimento do sofrimento atrelado a essa vivência dificulta o acolhimento e o saber como intervir da melhor forma frente a essa dor e às repercussões emocionais ligadas a este tipo específico de perda.

Buscando contemplar todas estas questões que são de meu interesse pessoal e de extrema importância social, o meu projeto inicial tinha como objetivo compreender a percepção de homens e mulheres sobre a vivência de perda gestacional, o processo de luto dela decorrente e suas repercussões na relação conjugal. Frente à riqueza das entrevistas e à quantidade de material para

análise, optou-se por apresentar um recorte desta proposta inicial do projeto, não contemplando a compreensão dos aspectos do relacionamento conjugal neste momento, e sim as diferenças entre homens e mulheres na vivência de luto. O tema do relacionamento conjugal será melhor abordado após a finalização do Mestrado, quando, a partir do material já coletado, se pretende realizar a escrita de outros artigos que se debruçarão sobre tais objetivos.

Outro tema que ganhou força ao longo do percurso do Mestrado, e que culminou na elaboração de um artigo teórico, de caráter reflexivo, foi o cuidado à perda gestacional. A partir da escuta realizada nas entrevistas, nos deparamos com a dor da perda destes pais e mães, por vezes intensificado por um (des)cuidado manejo dos profissionais neste momento especialmente delicado e doloroso, o que motivou a escrita de um artigo.

Muitos foram os desafios encontrados ao longo da construção deste trabalho, como por exemplo, o atravessamento da pandemia pelo covid-19, que alterou a forma como havia se pensado a coleta, não sendo mais possível que as entrevistas acontecessem pessoalmente com essas mães e pais. Esse panorama gerou a necessidade de readequações, organização, preparação e aposta! Apostar que era possível falar de algo que sabemos que é difícil e que conectaria quem estivesse do outro lado com a sua dor, mesmo à distância. Foi necessário um olhar atento para as necessidades emocionais dos participantes, assim como cuidado na condução do estudo, que sabíamos ser um processo longo e cansativo entre questionários e entrevista, mesmo com todos os cortes possíveis. Passar segurança e acolhimento para os participantes, a fim de não causar qualquer mal-estar adicional à vivência já tão dolorosa da perda do filho, foi uma preocupação no direcionamento deste estudo, o que considero que conseguimos realizar com todo o cuidado necessário.

Lidar com toda a carga emocional ligada ao momento de saúde que vivemos também foi algo que refletiu em mim como aluna e pesquisadora. Afinal, como é escrever, ler, falar (e muito escutar) sobre morte e luto em um momento que todos estão passando por isso em alguma medida, em que todos estão lidando com as suas perdas? Por vezes foi cansativo, pesado e difícil. Contudo, percebo o quanto foi enriquecedor me aproximar desta realidade, poder fazer estas escutas, conhecer a história, a dor e a falta de cada mãe e pai que confiou nessa pesquisa. Percebemos a importância que tinha para cada um deles ser ouvido e reconhecido em sua dor, por vezes sendo a entrevista o primeiro espaço no qual falavam da perda e expressavam abertamente seus sentimentos, funcionando também como um momento de conexão com a sua história.

Ao fim dessa caminhada, e frente a todas as necessidades de adaptações e escolhas, o objetivo geral desta Dissertação de Mestrado tornou-se compreender a experiência individual de homens e mulheres que compartilharam uma vivência de perda gestacional (PG), mais especificamente, as repercussões desta vivência e as possíveis diferenças no seu processo de luto, assim como o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde a pais e mães em uma situação de PG.

Nesse sentido, frente a tais questionamentos e à escassez da literatura acerca das vivências masculinas referentes a este tipo específico de perda (Pontes, 2020), este estudo mostra-se relevante ao incluir a perspectiva masculina. Espero que os atravessamentos propostos neste estudo, ao ampliar o olhar também para a experiência destes pais (que vivenciam na PG um luto duplamente não reconhecido), podendo traçar um paralelo entre as vivências dos homens e mulheres e refletir sobre o cuidado prestado pelas equipes de saúde, possam contribuir para o avanço da compreensão que se tem acerca do tema, dando voz a estas mães e pais e à dor atrelada a esta vivência.

A Dissertação está composta por dois artigos, um teórico e um empírico, apresentados nessa ordem. O primeiro discute a assistência à PG com base nos conceitos de cuidado da teoria psicanalítica, particularmente o conceito de Ética do Cuidado de Figueiredo (2007), e foi intitulado: *“Refletindo sobre a ética do cuidado em situações de perda”*. Foi escrito em coautoria com a minha colega de mestrado e também integrante do NEEDS UFCSPA, e sua submissão está prevista para a revista *Psicologia em Estudo*, classificada como A1 no QUALIS CAPES.

O segundo artigo, por sua vez, aborda as diferenças na vivência de PG em homens e mulheres, em suas repercussões emocionais e em seu processo de luto, e está intitulado: *“‘O meu luto é mais dolorido do que o dele’: A experiência parental de perda gestacional”*. Foi escrito em coautoria com a minha colega de mestrado e uma aluna de Iniciação Científica, ambas integrantes do NEEDS UFCSPA, e sua submissão está prevista para a revista *Subjetividades*, classificada como B1 no QUALIS CAPES. Após isso, seguem as Considerações Finais da Dissertação.

2. INTRODUÇÃO

No Brasil, a ocorrência de perdas gestacionais (PG) é alta. Em 2017 cerca de 30 mil casos foram registrados, sendo mais frequente entre mulheres de 20 a 24 anos (Brasil, Ministério da Saúde, 2019). Contudo, pressupõe-se que esses números sejam ainda mais expressivos, diante dos abortos e das ocorrências que não chegam a ser registradas oficialmente. Ainda assim, na literatura brasileira encontra-se um número reduzido de estudos sobre este acontecimento.

Não há um termo único para se fazer referência à morte de um bebê ocorrida ao longo da gestação. Essa diversidade terminológica torna-se um entrave para a compreensão do fenômeno da interrupção involuntária da gestação, dificultando a comparação entre os estudos (que utilizam conceitos de perdas diferentes conforme a idade gestacional) e a busca da literatura (Wright, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como morte fetal a morte do produto gestacional antes de 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. Existe ainda uma diferenciação entre óbito fetal e aborto espontâneo; enquanto o óbito fetal refere-se às perdas ocorridas a partir da 22ª semana completa de gestação, quando o bebê tem peso igual ou superior a 500g ou estatura de 25cm ou mais, o termo aborto espontâneo designa os casos em que o feto possui marcadores inferiores a esses. O aborto é precoce quando ocorre antes da 13ª semana de gravidez, ou tardio, quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semana (Brasil, Ministério da Saúde, 2009). Diante da diversidade terminológica existente, considerou-se mais adequado, para o presente estudo, o uso do termo perda gestacional, uma vez que se refere tanto aos abortamentos como aos óbitos fetais, abarcando todas as situações em que ocorre a morte de um bebê, independentemente do tempo.

A situação de PG costuma ser imprevisível e inesperada e, por isso, potencialmente traumática (Brownlee & Oikonen, 2004). Além da perda do bebê, expectativas, sonhos e planos em relação ao nascimento do filho são suspensos (Sousa & Muza, 2011). É através dos filhos que a dupla parental revive o narcisismo infantil, reivindicando tudo o que a vida adulta não lhes permitiu ter/ser, o que inclui burlar a consciência de finitude. Dessa forma, circunstâncias que se atravessam nos planos delineados para este filho, como uma malformação, adoecimento ou mesmo a morte ainda na gestação, resultam em uma ferida narcísica potencialmente traumática (Monti,

2008), evidenciando perdas subjetivas e relacionais que afetam o humor, a visão de si e a autoestima dos pais (Lemos & Da Cunha, 2015).

O relacionamento conjugal também é impactado pela vivência da gestação (Maldonado et al., 2000), assim como pela morte de um filho (Morelli et al., 2014), podendo as diferenças na vivência do luto acarretar um estresse adicional à relação (Badenhorst & Hughes, 2007). Essa situação tanto pode acarretar aumento da coesão, do apoio, da satisfação e da intimidade do casal, em virtude do compartilhamento do sofrimento (Albuquerque, Pereira, & Narciso, 2015; Cacciatore, 2013; Campbell-Jackson, & Horsch, 2014), como dos conflitos (Joronen, Kaunonen, & Aho, 2015), dando origem à diminuição da qualidade conjugal (Kersting & Wagner, 2012).

Outro entrave ao processo de luto dos pais é a invisibilidade social desta perda, por não se atribuir ao bebê/feto o estatuto de pessoa, podendo não haver o reconhecimento da dor sentida pelos pais e do seu processo de luto, impossibilitando a obtenção de suporte (Muza, De Souza, Da Rocha, Arrais, & Iaconelli, 2013). Desse modo, se faz necessária uma maior aproximação da percepção e vivência de perda destes pais, incluindo as suas experiências de cuidado, visto que parte desse sofrimento é evitável e depende do suporte de diferentes atores, tais como amigos, parentes, profissionais e instituições de saúde (De Melo & Vaz, 2019) para que os impactos emocionais desse tipo de perda não permaneçam negligenciados.

3. OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender a experiência individual de homens e mulheres que compartilharam uma vivência de perda gestacional (PG), mais especificamente, as repercussões desta vivência e as possíveis diferenças no seu processo de luto, assim como o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde a pais e mães em uma situação de PG.

2.2 Específicos

Artigo 1

- 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.

Artigo 2

- Compreender as repercussões e o processo de luto decorrente de uma PG e as diferenças entre as experiências de homens e mulheres que compartilharam esta perda.

4. ARTIGO 1

REFLETINDO SOBRE A ÉTICA DO CUIDADO EM SITUAÇÕES DE PERDA GESTACIONAL

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares

Priscilla Andrewns dos Santos

Daniela Centenaro Levandowski

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

Reflecting on the Ethics of Care in Situations of Pregnancy Loss

Care in Pregnancy Loss

Reflexionando sobre la Ética del Cuidado en Situaciones de Pérdida del Embarazo

Cuidado en Pérdida del Embarazo

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

O presente artigo faz parte da dissertação de Mestrado das duas primeiras autoras, realizadas a partir de uma pesquisa desenvolvida junto ao Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde (NEEDS) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), denominada: *“Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e de repercussões emocionais”* (Levandowski, 2018). Os trechos de falas apresentados ao longo do artigo derivam de entrevistas realizadas com homens e mulheres que vivenciaram perdas gestacionais e que participaram dessa pesquisa. Os nomes dos participantes foram alterados para preservar o sigilo em relação à identidade.

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 pregnancy 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.

Resumen

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 equipos de salud 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.

Introdução

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 vivencia. 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 22ª 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 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 (2007/2011), 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 (Rocha, 2013; 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 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, Kupermann (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 (Aguilar & 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, 2011, p.15). Assim, ainda de acordo com o autor ao citar Bollas (1987), um ambiente de cuidado acolhedor e potente, ao produzir transformações decisivas e necessárias na experiência do self dos sujeitos, funciona como um objeto transformacional 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 (Aguar & 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 ‘Bruna, quando a Julia nascer você quer conhecer?’, eu falei ‘Quero, quero pegar a Julia’. Então a Julia nasceu, e a Julia veio pra mim, sabe? E a enfermeira falou ‘Bruna, 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 se sentem 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.
- Bollas, C. (1987). O objeto transformacional. In *A sombra do objeto*. Rio de Janeiro: Imago.
- Coelho Júnior, N. e Figueiredo, L. C. (2003). Patterns of intersubjectivity in the constitution of subjectivity: figures of otherness. *Culture & Psychology*, 9(3), 193-208.
- 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>

- 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: *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*, 29 (2), 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 *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., v. 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 Psicopatologia Fundamental*, 10, 614-623. <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., Zigelboim, E.K., & Michelena, M. (2016). Anomalías Cromosómicas en Abortos espontáneos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 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>
- Rocha, Z. (2013). Para uma clínica psicanalítica do cuidado. *Tempo Psicanalítico*, 45(2), 453-471. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000200013&lng=pt&tlng=pt
- Salgado, H., D., O., & Polido, C., A., (2018). *Como Lidar com o 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. (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. (Trabalho original publicado em 1962)
- 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. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [Internet]*, 206, 57-63.

5. ARTIGO 2

“O MEU LUTO É MAIS DOLORIDO QUE O DELE!”: A EXPERIÊNCIA PARENTAL DE PERDA GESTACIONAL

Priscilla Andrewns dos Santos

Sandi Teresinha Nottar da Silva Tavares

Clara Foletto Pimenta

Daniela Centenaro Levandowski

A ser submetido ao periódico *Subjetividades*

(Classificação Qualis B1 CAPES, Área: Psicologia)

“O meu luto é mais dolorido que o dele!”: Perda gestacional em perspectiva

“My grief is more painful than his!”: The parental experience of pregnancy loss

“¿Mi duelo es más doloroso que el suyo!”: La experiencia parental de la pérdida del embarazo

Resumo

A perda gestacional (PG) tem sido referida como um evento complexo e potencialmente traumático, muitas vezes invisibilizado socialmente. A escassez de estudos sobre aspectos psicológicos relacionados a este tipo de perda, especialmente pela perspectiva masculina, aponta a necessidade de ampliar a compreensão sobre o tema. Conhecer as repercussões e o processo de luto decorrente de uma PG, assim como as diferenças entre as experiências de homens e mulheres que compartilharam esta perda, é o objetivo deste estudo. Para isso, realizou-se um estudo de casos múltiplos (Yin, 2005), de caráter qualitativo e transversal, com três casais que vivenciaram uma PG nos últimos 12 meses. Foram aplicados *Ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos*, *Brief Symptom Inventory* e *Escala de Luto Perinatal*, para a caracterização dos participantes; e uma entrevista individual sobre a experiência de PG. A análise dos dados revelou que as condições de vivência do parto, incluindo o manejo e cuidado das equipes de saúde, repercutiu no processo de luto dos pais, assim como a presença de rituais de despedida, de movimentos de simbolização e a flexibilização de papel de apoio entre o casal. A vivência corporal da gestação e da PG na mulher, e o entendimento dos próprios pais de que esta característica faz o sofrimento feminino ser maior do que o masculino, mostraram-se importantes demarcadores desta experiência entre homens e mulheres, impactando psiquicamente para ambos.

PALAVRAS-CHAVE: óbito fetal; luto; luto parental; maternidade; paternidade.

Abstract

Pregnancy loss (PL) has been understood as a complex and potentially traumatic event, often socially invisible. The scarcity of studies on psychological aspects related to this type of loss, especially from the male perspective, points to the need to broaden the understanding of the subject. Knowing the repercussions and the grieving process resulting from a PL, as well as the differences between the female and male experiences who shared this loss, is the aim of this study. For this, a qualitative and cross-sectional multiple cases study (Yin, 2005) was carried out with three couples who experienced a PL in the last 12 months. A *Socio-Demographic and Clinical Data Sheet*, the *Brief Symptom Inventory* and the *Perinatal Grief Scale* were applied for the characterization of the participants; as well an individual interview about the PL experience. Data analysis revealed that the conditions of the childbirth experience, including the management and care of health teams, had an impact on the parents' mourning process, as well as the presence of farewell rituals, symbolization movements, and the flexibilization of support role between the couple. The particular characteristics of the experience of pregnancy and PL being physical in women, and the social and parental understanding that these characteristics makes female suffering greater than the male one, showed to be an important demarcator of this experience between men and women, having a psychological impact for both.

KEYWORDS: fetal death; grief; parental bereavement; motherhood; fatherhood.

Resumen

La pérdida del embarazo (PE) ha sido considerada un evento complejo y potencialmente traumático, a menudo socialmente invisible. La escasez de estudios sobre los aspectos psicológicos relacionados con este tipo de pérdida, especialmente desde la perspectiva masculina, apunta a la necesidad de ampliar la comprensión del tema. Conocer las repercusiones y el proceso de duelo derivado de una PE, así como las diferencias entre las vivencias de hombres y mujeres que compartieron esta pérdida, es el objetivo de este estudio. Para eso, se realizó un estudio de casos múltiples (Yin, 2005), de carácter cualitativo y transversal, con tres parejas que experimentaron una PE en los últimos 12 meses. Se contó con Ficha Sociodemográfica y Clínica, Inventario Breve de Síntomas y Escala de Duelo Perinatal para la caracterización de los participantes; y una entrevista individual sobre la experiencia de la PE. El análisis de datos reveló

que las condiciones de la experiencia del parto, incluyendo el manejo y cuidado de los equipos de salud, incidieron en el proceso de duelo de los padres y madres, así como la presencia de rituales de despedida, de movimientos de simbolización, y la flexibilización del rol de soporte entre la pareja. La particularidad de la experiencia del embarazo y PE de ser corporal en las mujeres, y la lectura social y parental de que esta diferenciación hace que el sufrimiento femenino sea mayor que el masculino, fueron demarcadores importantes de esta experiencia entre hombres y mujeres, impactando psíquicamente para ambos.

PALABRAS CLAVE: muerte fetal; duelo; duelo parental; maternidad; paternidad.

Introdução

No Brasil, embora registre-se a ocorrência de mais de 29 mil casos de óbitos fetais por ano (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021), encontra-se um número reduzido de estudos sobre perda gestacional (PG), a maior parte deles sobre aspectos biomédicos associados à perda, especialmente os fatores etiológicos (Pontes, 2020). O caráter imprevisível e inesperado e, por isso, potencialmente traumático dessa perda (Brownlee & Oikonen, 2004), torna imprescindível uma perspectiva de compreensão integradora, incluindo aspectos psicológicos e sócio-histórico-culturais (Pontes, 2020).

A PG exige um trabalho psíquico intenso, em decorrência da súbita interrupção dos investimentos parentais sobre o bebê (Curi, 2017). Quando no lugar da vida, a morte se faz presente, além da perda do bebê, inúmeras outras perdas também acontecem, como a perda do ideal de família desejada, de expectativas, sonhos e planos em relação ao nascimento do filho, bem como a suspensão do exercício do papel parental (Sousa & Muza, 2011; Pontes, 2020).

Não se encontra um termo único para fazer referência à morte de um bebê ocorrida ao longo da gestação, o que dificulta a localização e a comparação entre estudos que utilizam conceitos de perdas diferentes, conforme a idade gestacional (Wright, 2011). Considerando um parâmetro oficial, o Ministério da Saúde define como óbito fetal a morte do produto da gestação antes de sua expulsão ou extração completa do corpo materno, ocorridos a partir da 22ª semana de gestação, e estipula como marcadores peso do feto igual ou superior a 500g e estatura a partir de 25cm (Brasil, 2009). O óbito é definido quando, após a separação do corpo da mãe, o feto não respira nem emite nenhum outro sinal de vida. No presente estudo, o foco recai sobre situações de óbito fetal, embora tenha se optado pelo uso do termo PG devido ao seu caráter mais amplo, não restrito apenas a aspectos biomédicos.

O nascimento de um filho é percebido como um importante marco na vida conjugal (Rios, 2013), pois pode proporcionar tanto o amadurecimento da relação quanto também dos indivíduos. Por isso, diante desse acontecimento, pode ser experimentada uma crise emocional (Quintans, 2018), sendo a gestação deste filho vivenciada de forma distinta por homens e mulheres (Matos, Magalhães, Féres-Carneiro & Machado, 2017). Percebe-se que as transformações biopsicossociais da gestação exigem da mulher um intenso trabalho psíquico, que a prepara para a transição de papéis (Rios, 2013). Nesse sentido, gestar um filho também envolve um processo de “gestar uma mãe”, visto que é necessária a criação de um espaço psíquico ao longo da gravidez, destinado a, por meio de projeção e idealização baseadas na própria história infantil, transformar o “bebê estrangeiro” em um ser familiar (Aragão, 2011).

Já para muitos homens, o sentir-se pai presentifica-se somente após o nascimento. Estudo realizado em um hospital da Paraíba com 10 homens evidenciou diferentes experiências quanto ao sentir-se pai. Enquanto para alguns o sentimento surgiu com a notícia da gravidez, para outros isso aconteceu em um momento mais avançado da gestação, quando já era possível perceber os movimentos fetais. Houve também os casos nos quais esse sentimento surgiu apenas com o nascimento, ou foi sendo construído anos após o nascimento do filho (Freitas, Coelho & Silva, 2007). Ainda segundo esse estudo, esse distanciamento pode estar relacionado ao sentimento de ambivalência presente nos homens, bem como a atravessamentos emocionais, culturais, religiosos e familiares, que podem contribuir para uma concepção e uma vivência da paternidade menos desejada/desejável, o que influencia a relação com o bebê e até mesmo a relação conjugal.

Contudo, Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer e Lopes (2009) ressaltam que os pais podem construir uma imagem mental do filho, quando vivenciam a gestação de modo

mais próximo, com um alto nível de envolvimento. Desse modo, alguns pais podem apresentar sentimentos e conteúdos inconscientes projetados no bebê de modo semelhantes às mães.

De todo modo, apesar da importância da contribuição da dupla parental neste momento, é no corpo da mulher que o filho cresce, nasce e alimenta-se; a mulher percebe-o mesmo antes dele nascer (Andrade, Silva & Roure, 2020), o que deixa para ela registros singulares dessa existência. A perda deste bebê, que ainda fazia parte do seu corpo, não sendo um objeto externo, consiste, por si só, em uma ferida narcísica (Iaconelli, 2007). Pode somar-se a isso, para a mulher, o sentimento de culpa relacionado a imaginários coletivos de acordo com os quais elas seriam as únicas responsáveis pelo ocorrido (Visintin, Inacarato, & Aiello-Vaisberg, 2020), justamente por carregarem o filho no ventre, especialmente quando não é possível identificar uma causa médica para a ocorrência da perda (Pontes, 2020). Esse sentimento de culpa pode também relacionar-se com a dúvida acerca da capacidade do próprio corpo de gerar vida e com uma suspeita de infertilidade (Alves & Celestino, 2020), assim como por sentimentos ambivalentes, muitas vezes inconscientes, experimentados em relação à gestação e à maternidade (Visintin, et al., 2020). Isso porque, mesmo quando a gestação é planejada e o filho nasce com vida, são vivenciadas mudanças e perdas inerentes ao tornar-se mãe, como a mudança da posição de filha para a de mãe (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007), gerando dúvidas sobre a própria vontade e capacidade de maternar (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013). Em meio à antecipação característica da gravidez, a mulher faz um empréstimo narcísico ao bebê, oferecendo-se como ego auxiliar, o que também se perde diante de um óbito fetal (Iaconelli, 2007). À vista disso, com a PG, a mulher experimenta vazio, dor e frustração, e muitas vezes necessita de uma reconstrução da sua identidade (Andrade, Silva & Roure, 2020).

Já nos homens os sentimentos ambivalentes quanto à gestação da esposa, também decorrentes da reativação de fantasmas edípicos, podem contribuir para o sentimento de culpa

diante da PG (Condon, 1986). A passagem do bebê imaginário para o bebê real é concretizada para os homens geralmente a partir do parto, sendo em alguns casos o primeiro momento de troca com o filho. Dessa forma, a perda de um filho ainda na gestação pode impactar no seu senso de identidade paterna, visto que o luto se apresenta simultaneamente ao tornar-se pai (Quintans, 2018).

Através dos filhos, a dupla parental revive o narcisismo infantil, reivindicando tudo o que a vida adulta não lhes permitiu ter/ser, o que inclui burlar a consciência de finitude. Dessa forma, circunstâncias que se atravessam nos planos delineados para este filho, como a morte ainda na gestação, resultam em uma ferida narcísica potencialmente traumática (Monti, 2008). Quando ocorre a perda desse filho esperado, além do impacto físico no corpo da mulher, já mencionado, evidencia-se para ambos perdas subjetivas e relacionais, que afetam o humor, a visão de si e a autoestima (Lemos & Cunha, 2015). Parkes (2009), ao traçar um paralelo entre as estratégias de enfrentamento de homens e mulheres frente à perda e ao processo de luto, refere que, enquanto as mulheres tendem a lidar com o estresse através do compartilhamento de sentimentos, expressando o seu pesar, os homens geralmente não demonstram tanto os próprios sentimentos, voltando-se ao replanejamento da vida e à revisão ativa de seu mundo presumido, conseguindo lidar melhor com assuntos de ordem prática. Cada uma dessas estratégias de enfrentamento apresenta vantagens e desvantagens.

Pode-se pensar que o crescente envolvimento paterno na gestação tem contribuído para que os pais sejam cada vez mais afetados por uma PG (Caldeira et al., 2017; Morelli, Scorsolini-Comin, & Santos, 2014). Ainda assim, identifica-se a marginalização e a falta de reconhecimento social do sofrimento masculino em comparação ao feminino (Due, Chiarolli, & Riggs, 2017), em geral expresso de forma mais visível. Esse panorama contribui para que os homens se sintam como “apoiadores” das companheiras, aderindo a um comportamento de cuidado, mesmo diante

da sua própria dor (Carneiro, Rodrigues, & Alves, 2017), o que atrapalha no reconhecimento da sua perda e na expressão do seu próprio sofrimento. Essa estratégia pode funcionar como uma solução temporária para os homens, mas pode acarretar o aparecimento de sintomas físicos (Casellato, 2015).

Seguindo esse silêncio social frente ao sofrimento masculino, as repercussões do processo de luto dos pais têm sido pouco estudadas (Due et al., 2017; Pontes, 2020). A invisibilização da dor sentida pelas mães e pais e do seu processo de luto dificulta ou impossibilita a obtenção de suporte das instituições e em suas relações (Muza et al, 2013), gerando o que Doka (citado por Casellato, 2015) chamou de “luto não reconhecido”. Esse processo de luto em decorrência da morte de um bebê que não chegou a nascer é complexo e apresenta particularidades, visto que não existem recordações de convivência para serem lembradas e compartilhadas (Kersting & Wagner, 2012), o que pode originar uma sensação de irrealidade dessa vivência ou mesmo da existência desse filho (Duarte & Turato, 2009). Diante das normas sociais que dizem por quem, onde e quando se pode sofrer, assim como o modo pelo qual é permitido se enlutar, a deslegitimação da PG pode acarretar isolamento social e falta de espaços para falar sobre a dor, o que dificulta a sua elaboração (Doka, citado por Casellato, 2015). Esse não reconhecimento social da perda, ao desmentir (invalidar) a experiência vivenciada pelo casal, pode torná-la traumática na perspectiva de Ferenczi (Iaconelli, 2007).

Tendo isto em conta, são necessários novos estudos sobre PG, visto que parte do sofrimento associado a esse acontecimento é evitável e depende da validação social e suporte de diferentes atores (Melo & Vaz, 2019), incluindo o cônjuge com quem se compartilha a dor. Há uma lacuna na literatura quanto à investigação das repercussões emocionais de uma PG para os pais e do processo de luto masculino (Pontes, 2020) assim como estudos que comparem a experiência de homens e mulheres que vivenciaram juntos esse tipo de perda. Portanto, o

presente estudo objetivou compreender a experiência individual de homens e mulheres que compartilharam uma PG, buscando identificar as diferenças nas repercussões da perda e no processo de luto vivenciado por eles.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo e transversal, com delineamento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2005), derivado do projeto de pesquisa “Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais” - LMPG (Levandowski, 2018). Foi realizada a triangulação de dados a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas individuais com homens e mulheres que vivenciaram uma PG e a aplicação de instrumentos quantitativos para a caracterização dos casos.

Participantes

Três mulheres e três homens que haviam vivenciado conjuntamente ao menos uma PG nos últimos 12 meses, sendo esta caracterizada como óbito fetal. Os casais poderiam ou não ter outros filhos. Foram considerados como critérios de exclusão: presença de psicopatologia grave (verificada a partir do *Brief Symptom Inventory*) e dificuldade de compreensão dos instrumentos e/ou de expressão (fala), percebida no contato inicial com os possíveis participantes.

Os casais foram selecionados a partir da amostra do projeto do qual esse estudo deriva. As mulheres foram contatadas a partir da rede de contatos da equipe de pesquisa e da divulgação em mídias sociais, sendo o convite de participação na pesquisa estendido aos companheiros nos três primeiros casos que preencheram os critérios expostos acima.

A idade dos homens variou de 25 a 30 anos e a das mulheres, de 30 a 33 anos. Os níveis de escolaridade dos participantes foram variados, predominando o ensino superior completo. Em um dos casais, ambos se disseram católicos, e os outros não declararam seguir

uma religião. O tempo total de relacionamento dos casais variou de um ano a dois anos e sete meses. Dois casais perderam um bebê do sexo masculino e o outro, do sexo feminino. A PG aconteceu entre a 26^a e a 34^a semana, e o tempo transcorrido desde a perda até a participação no estudo variou de 4 a 7 meses. Nenhum dos casais tinha outro filho antes do bebê perdido ou outra vivência de PG. A Tabela 01 apresenta detalhadamente os dados sociodemográficos e da PG dos casais participantes.

[Inserir Tabela 1]

Instrumentos

Ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos (versão adaptada de NUDIF, 2008a): para caracterizar o casal e sua família em termos socioeconômicos, de escolaridade e ocupação, bem como investigar características da PG, questões de saúde e problemas apresentados na gestação, dentre outros aspectos.

Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis, 1982/1993; adaptado e validado para Portugal por Canavarro, 1999): inventário de autorrelato que avalia indicadores de psicopatologia, composto por 53 itens com resposta em escala Likert, nos quais o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afetou durante a última semana ("Nunca" = 0; "Muitíssimas vezes" = 4). É composto pelas subescalas (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). Possibilita o cálculo de 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, sendo o ponto de corte para a presença de sintomas psicopatológicos o ISP de 1,7 (Canavarro, 1999). O instrumento foi autorizado para uso na presente pesquisa pelos autores que validaram a versão portuguesa da escala e sofreu pequenos ajustes para o português brasileiro.

Escala de Luto Perinatal (ELP; *Perinatal Grief Scale* – PGS; Potvin, Lasker & Toedter, 1989, adaptada para o português brasileiro por Rocha, 2004): avalia a 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 pretendem avaliar pensamentos, sentimentos atuais e sintomatologia de adaptação da perda da mulher em relação ao óbito fetal. Cada subescala da ELP têm 11 afirmações e escores mínimo de 11 pontos e máximo de 55 pontos. A soma das três subescalas varia, então, de 33 a 165 pontos. A confiabilidade dos instrumentos, medida pelo alfa de Crombach, foi considerada satisfatória no Brasil ($\alpha=0,93$). A média de escore do luto para as brasileiras foi de 81 ± 28 pontos (mínimo: 52; máximo: 136). A média de escore das subescalas “sofrimento ativo”, “dificuldade de enfrentar a situação” e “desespero” foi de, respectivamente, 34 ± 8 pontos (mínimo: 22; máximo: 54), 23 ± 11 pontos (mínimo: 11; máximo: 46), e 23 ± 10 pontos (mínimo: 11; máximo: 42). O uso do instrumento foi autorizado pelos autores que adaptaram a escala para o português brasileiro.

Entrevista sobre a Experiência de Perda Gestacional (versão adaptada de NUDIF, 2008b; Silva, 2012): entrevista semi-estruturada, elaborada para o presente estudo, que buscou investigar a experiência individual de PG da dupla parental e o processo de luto dela decorrente, abordando temas como sentimentos, percepções e reações frente à vivência da perda; repercussões emocionais a nível individual e no relacionamento conjugal; e a percepção de aspectos do relacionamento conjugal antes e após a PG.

Procedimentos de Geração e Análise de Dados e Considerações Éticas

O projeto do qual o presente estudo deriva foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA em setembro de 2020 (Parecer número 4.271.420). Após aprovação, a pesquisa foi divulgada para a rede de contato das pesquisadoras e da comunidade em geral a partir dos seus perfis pessoais nas redes sociais (Facebook e Instagram) e perfis do Instagram relacionados ao luto materno. Também divulgou-se a pesquisa a partir do perfil do NEEDS UFCSPA nessas redes sociais.

O material de divulgação da pesquisa permitia o acesso de potenciais participantes a um link com informações e objetivos do estudo. Havendo interesse na participação, era possível acessar o formulário contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, na sequência, a Ficha de Dados Sócio-Demográficos, o BSI e a Escala de Luto Perinatal. Ao finalizarem o autopreenchimento dos questionários pela Plataforma Survey Monkey, as participantes eram convidadas a participar da segunda etapa da pesquisa, que consistiu na realização de uma entrevista individual, via Google Meet. As participantes que manifestaram interesse na participação nessa segunda etapa deixaram e-mail e/ou telefone para posterior agendamento conforme a sua disponibilidade, após a verificação do cumprimento dos critérios de inclusão.

A partir do agendamento da entrevista com as mulheres que participaram do projeto do qual este estudo faz parte foi estendido o convite aos companheiros de doze participantes. As mulheres-participantes ao compartilhar com o companheiro o convite, repassaram à pesquisadora apenas o contato daqueles que assim desejavam, concordando em saber mais sobre o estudo. Houveram seis recusas masculinas nesta primeira etapa, comunicadas através das companheiras. Entrou-se em contato via Whatsapp explicando a pesquisa e convidando oficialmente os homens

que referiram interesse no estudo, sendo enviado o link de acesso aos instrumentos quantitativos via Survey Monkey e agendada a entrevista online com os seis homens onde obteve-se o aceite. Destes seis que foram coletados, três casos apresentaram atravessamentos de questões que não eram o foco de análise deste estudo, sendo um excluído ainda no período de coletas e dois posteriormente ao identificar-se possíveis vieses de análise, como: histórico de três PG's; único caso com a existência de outros filhos anteriores à PG; e separação do casal entre as etapas de coleta. Totalizando-se assim, três casos analisados. Todos os participantes tiveram acesso ao TCLE da segunda etapa do estudo através de um link enviado diretamente para o seu contato de WhatsApp antes da entrevista, sendo realizada a leitura deste Termo em conjunto com a primeira autora. Após, procedia-se à realização da entrevista, que foi gravada em áudio para posterior transcrição.

Importante destacar que, antes da coleta propriamente dita, foi realizada uma coleta piloto com uma participante mulher que atendia aos critérios de inclusão do estudo, a fim de verificar a pertinência, a adequação e o ordenamento das questões e instrumentos, bem como avaliar a logística de coleta de dados.

Os instrumentos quantitativos foram analisados de acordo com as instruções dos seus respectivos autores e apresentados de forma descritiva (Tabela 1 e 2) visando a caracterização dos casos e a complementação da compreensão dos dados qualitativos obtidos nas entrevistas. As entrevistas, após transcritas literalmente, foram lidas diversas vezes, a fim identificar temas que pudessem servir para organizar a construção do relato dos casos para posterior análise. Esta análise seguiu a estratégia de proposições teóricas (Yin, 2005), buscando-se a compreensão dos casos a partir da literatura. Nesse sentido, o foco do estudo foram os sentimentos e reações de homens e mulheres que vivenciaram conjuntamente uma PG; as repercussões emocionais dessa experiência e o processo de luto parental, bem como as possíveis diferenças na vivência de luto

entre homens e mulheres. Após a organização dos temas e separação de trechos de falas dos entrevistados ilustrativos de cada tema, elaborou-se o relato de cada caso seguindo a mesma estrutura temática. Esta estrutura foi organizada com base nos objetivos do estudo, o que guiou parcialmente o estabelecimento dos temas.

Após o entendimento de cada caso com base na literatura, foi utilizada a estratégia de síntese de casos cruzados (Yin, 2005), a fim de identificar semelhanças e diferenças nos casos em relação ao tema do estudo, permitindo ampliar a compreensão dos mesmos e agregar descobertas. Essa análise cruzada é apresentada na seção de Discussão.

Na condução do estudo foram consideradas todas as recomendações éticas das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, vigentes à época da aprovação do projeto, garantindo-se a voluntariedade da participação, a não geração de custos aos participantes, assim como sigilo e confidencialidade de seus dados, e a garantia de que a negativa ou desistência a qualquer momento não acarretaria qualquer ônus. Os riscos da pesquisa aos participantes foram o possível desconforto, incômodo ou mobilização emocional frente ao tema investigado. Quando isso aconteceu, foi realizado o acolhimento dos participantes no momento da entrevista e os encaminhamentos para atendimento psicológico em locais acessíveis, em caso de necessidade.

Resultados

A Tabela 2 apresenta os resultados alcançados por cada participante no BSI e na ELP. Dois participantes (Lua - caso 2, Cravo - caso 3) apresentaram indicativos de sintomas psicopatológicos. Lua demonstrou indicativos de somatização, obsessões e compulsões e sensibilidade interpessoal (todas com pontuação 2), enquanto Cravo exibiu indicativos de hostilidade (2,6), ideação paranóide (2,6) e ansiedade (2,2). É importante ressaltar que o BSI não é um instrumento de diagnóstico, e sim de rastreio. Além do mais, o fato de esses participantes

alcançarem escores superiores ao ponto de corte considerado (1,7) não é, por si só, indicativo de psicopatologia grave, o que era um critério de exclusão do estudo.

Apenas uma participante (Lua) apresentou luto clinicamente significativo, de acordo com a ELP, o que, neste caso, pode indicar uma tendência maior a um luto complicado, já que o tempo mínimo pós-perda para se configurar como luto complicado é de 6 meses e, no caso mencionado, havia transcorrido 5 meses desde a PG. Contudo, de fato foi observada na entrevista uma maior dificuldade desta participante de lidar com a perda.

[Inserir Tabela 2]

Caso 1 - Margarida e Crisântemo; Bebê: Amor-Perfeito

A morte de Amor-Perfeito aconteceu na 26^o semana, momento em que Margarida teve a percepção de que algo diferente estava acontecendo: “Ele tinha a rotina do soluço, não teve soluço. Conversei com Crisântemo e disse: ‘Ai, amor, não tô sentindo o Amor-Perfeito mexer, acho que ele tá muito quieto’”. Ao compartilhar sua percepção, foi tranquilizada pelo marido: “Tentei achar que era normal, que já tava no final da gestação, eles se mexem um pouco menos”. Apesar do pressentimento de Margarida que o filho não estava mais vivo “A gente sempre tem um sexto sentido, uma voz, uma coisa assim”, resolveram aguardar as próximas consultas naquela semana “ Eu sabia que, se eu fosse no hospital, iam tirar ele de mim e eu acho que eu precisava processar aquilo” (Margarida).

Ao ser confirmado o óbito fetal, foi experimentada por ambos uma sensação de despersonalização: “Depois conversando com o Crisântemo, ele me falou a mesma coisa, que parece que é um filme, que é um sonho, que não é a gente ali, sabe?” (Margarida). A incredulidade frente à notícia foi mencionada por ambos. Contudo, a partir de determinado

momento, Crisântemo percebeu que algo mudou: “No início, a gente tentou acreditar junto, mas eu acho que depois de um tempo, ela não acreditou mais. Depois que os médicos já tavam falando mais com ela, enfim, preparando ela, né?!”. Ele, no entanto, passou a acreditar no óbito somente após o parto: “Foi a hora que eu acreditei, né, porque antes eu achava que ele poderia vir ainda (...) que o coração dele pudesse voltar a bater”. Crisântemo percebeu uma menor preocupação e direcionamento da equipe para ele e a sua dor: “Ao invés de eles perguntarem: ‘Como que vocês tão?’, eles chegavam só nela, sabe?”. Entretanto, sempre se sentiu incluído pela esposa neste processo: “Ela sempre me incluiu, inclusive essa entrevista, ela me incluiu né. Todos os detalhes”.

Diante da perda, Margarida referiu ter decidido, em conjunto com o companheiro e profissionais de saúde, pelo parto normal, “porque de certa forma era eu que tava tirando o meu filho de mim, digamos assim, né? (...) O parto normal com certeza nos ajudou muito a passar por esse processo”. Foi acompanhada por Crisântemo em todos os momentos da internação e durante a preparação para o parto: “Quando vinha as contrações, eu apertava as costas dela (...) eu acho que a gestação não é só da mulher, né, é dos dois”. Margarida referiu não ter conseguido ficar com o filho por muito tempo em seu colo logo após o parto: “Aquele cheiro do sangue começou a me incomodar, e aquilo ficou tanto que tempos depois, assim, carne vermelha eu não conseguia comer”, referindo arrependimento: “Tudo o que eu queria era ficar com ele [bebê] no meu colo agora, sabe? E naquele momento eu não quis por causa do cheiro”.

Já para Crisântemo o sentimento de culpa foi de outra ordem: “Talvez um pouco mais de atenção pra Margarida (...) ter trabalhado um pouco menos”. O processo de luto foi pautado pela busca de causas e /ou justificativas para a morte de Amor-perfeito, principalmente por parte de Margarida: “A gente tem essa necessidade de ter alguma coisa, exatamente, eu acho, pela culpa”. Contudo, não foram encontradas respostas médicas para o óbito: “Eu consegui tirar a culpa de

mim, porque não tem nenhuma causa, não era diabetes gestacional, não foi porque eu não me cuidei, não foi porque eu fiz alguma coisa”. Já Crisântemo referiu tristeza pela ausência dessa resposta: “A gente fica um pouco triste, porque a gente não pode saber realmente o que aconteceu, né?”. Margarida referiu ter se sentido confusa após o parto ao sentir os movimentos do próprio organismo: “parecia que era ele que tava mexendo ali, e por um segundo eu pensava: ‘Ah, é o Amor-Perfeito’, aí eu me dizia: ‘Não, não é mais o Amor-Perfeito, tu não tá mais grávida’”.

Para Crisântemo, a perda do filho foi o momento mais triste de sua vida. O seu sofrimento era maior nos momentos em que precisava anunciar a morte do filho para alguém. Margarida referiu ter pensado em não ir no velório do filho: “Então eu falei pra ele [Crisântemo] que eu não sabia se eu ia no enterro, não sei se eu ia tá bem o suficiente”, repensando ao perceber a necessidade de apoio do marido “aí ele disse: ‘Ah, mas tu vai me deixar sozinho. Eu preciso de ti do meu lado pra fazer isso’”, buscando então forças para apoiá-lo: “Aí eu: ‘Bah...’, peguei força de onde não tinha, e disse: ‘Então vamos. Vamos fazer isso!’”.

A diminuição dos contatos sociais para evitar falar a respeito da perda foi relatada por ele: “Eu posso dizer que eu fiquei mais reservado mesmo. Porque eu sempre fico muito triste em falar ainda, né? Eu acabo me recolhendo mais”. Margarida também faz o mesmo movimento inicialmente: “Eu falava por mensagem com as pessoas, porque era aquele negócio do voltar pra mim. Era o meu momento, então eu precisava processar tudo isso dentro de mim pra depois eu conseguir botar para fora”. Passado o ensimesmamento inicial, Margarida referiu preferir conversar sobre a perda e buscar por atividades para lidar com a situação: “Eu, pelo menos, sou muito do conversar. Então eu prefiro sentar e conversar (...) eu sempre fui do falar (...) pra mim funcionou várias coisas, conversar com os amigos, ter meus momentos sozinha, fazer yoga, meditações, conversar com a psicóloga”, diferentemente de Crisântemo: “Eu procuro me

recolher, assim, sabe? Ficar em silêncio, respirar fundo”. Margarida referiu também uma percepção de diferenças em relação à vivência do luto entre ela e o marido: “Eu disse: ‘Amor, tudo bem tu tá triste, porque eu entro aqui todo dia, e tu não tem entrado aqui todo dia, então eu já passei por essa situação, por essa tristeza que tu tá sentindo’”, necessitando apoiar Crisântemo no processo de luto dele, que teve um ritmo diferente do seu: “Eu acho que depois que caiu [a ficha] ... porque pra mulher eu acho que é diferente, porque a gente tem um bebê na barriga, a gente passa pelo parto (...)”, percebendo diferenças entre o tempo de cada um “então o meu processo, eu acho que é diferente do dele. Então depois eu acho que eu tive que dar mais força pra ele também”.

Margarida expressou ainda o medo do companheiro de que ela possa morrer em uma nova gestação: “Ele falou que ele ainda tem medo de acontecer alguma coisa comigo, de perder de novo ou me perder, né?”. Ambos encontraram na espiritualidade um recurso para a busca de significados para a perda: “Dizem que a Margarida, antes de nascer, aceitou isso, né. Ela deveria passar por isso (...) e foi necessário pra ele de alguma forma, talvez um dia a gente vá ver ele ainda” (Crisântemo).

Gradualmente buscaram ressignificar essa experiência e os sentimentos ligados a ela: “Se eu tivesse ficado mais tempo com ele, tivesse aguentado aquele cheiro do sangue, talvez eu ficasse com mais nojo ainda. Hoje eu posso dizer que eu consegui tirar todos os sentimentos que em algum momento eu já senti” (Margarida). Margarida referiu também o apadrinhamento de uma criança, a quem doou as roupinhas de Amor-Perfeito, como algo que a auxiliou no processo de luto: “Eu consegui colocar todo o meu amor que eu tenho pelo Amor-Perfeito naquelas roupas, pra aquela criança poder sentir um pouco também do nosso amor”. A realização de rituais e a oportunidade de se despedir de Amor-Perfeito também auxiliaram o casal a lidar com o sofrimento: “Eu consegui olhar pro meu filho, eu consegui conversar, dar tchau pra

ele“(Margarida); “Tem algumas orações e rituais ali [cabala] que eu achei importante fazer, foi importante pra mim ali. A gente mandou o ursinho com ele [no caixão], né, ia ficar do lado do berço dele” (Crisântemo). Contar com o apoio um do outro foi muito importante para ambos: “Se eu não tivesse com ele ali, eu não sei como é que seria (...) acho que a gente divide bem a dor, sabe?” (Margarida); “Então é algo que eu me sinto confortável em compartilhar com ela, sem achar que ela vai ficar muito triste, se desesperar e essas coisas” (Crisântemo).

Ambos mencionaram sentirem-se pais: “Eu me considero pai ainda, apesar de ele não estar aqui, né” (Crisântemo), havendo a preocupação e o desejo de que a lembrança de Amor-Perfeito permaneça sempre presente: “Eu tenho um filho, né. Ele não tá aqui, mas ele tá no meu coração. E eu não quero deixar de falar nele, eu não quero que ele seja esquecido” (Margarida). Lembram do filho com alegria “Esses dias ainda, eu olhei uma estrela bem brilhosa no céu, eu falei que era o Amor-Perfeito, daí a gente curtiu, assim né, tipo, ficou admirando”, apesar da saudade do que foi planejado e vivido na gestação “Até hoje, quando eu penso, assim, eu choro às vezes... Não um desespero, né, é um sentimento bom até, quando chora” (Crisântemo); “Eu consegui ficar feliz pensando que a gente teve com ele na minha barriga, que a gente conversou com ele, e os momentos que a gente imaginava” (Margarida).

Caso 2 – Lua e Sol; Bebê: Cometa

No dia da morte de Cometa, na 34^a semana de gestação, Lua havia tido uma consulta médica e fez uma ultrassonografia que mostrou que o bebê estava bem. No entanto, à noite, começou a sentir uma forte dor na barriga e náusea. Resolveu aguardar, pois “A médica tinha me dito: ‘Lua, se o Cometa virar, tu vai sentir uma dor muito forte, porque ele tá sentado’”. Porém, referiu um pressentimento em relação à morte do filho: “No fundo, eu sabia que ele não tava mais ali, sabe?”. Ao longo da noite, o desconforto não passou e começou um sangramento, o que fez com que o casal buscasse o hospital. Ambos relataram que, do momento em que detectaram o

descolamento de placenta e a ausência de batimentos de Cometa, até a realização do parto de emergência, passaram-se cerca de dez minutos: “Me botaram na maca, aquele tumulto, todo mundo se batendo, me anestesiando, me cortando (...) não deu tempo da anestesia fazer efeito, eles já iniciaram fazendo o corte, e eu sentindo tudo” (Lua). Sol usou a expressão “furacão” para descrever o momento, referindo muito medo de perder também a companheira, o que o fez desligar-se do que estava acontecendo, focando em Lua: “Já tinha meio percebido que o pior já tinha acontecido, mas com medo de ser ainda pior, de chegar com dois e acabar saindo sem ninguém”. Lua refere que solicitou sedação, em função da dor: “E o médico gritava comigo, que era pra eu parar de gritar, ele dizia: ‘Tu não quer ver o teu filho nascer?’”, expressando intenso sofrimento pela forma como aconteceu o parto: “E eu gritava: Tão arrancando meu filho de mim!’, ‘Pelo amor de Deus, me seda!’”, sentindo-se desamparada: “Eu gritava também: ‘o Sol, cadê o Sol?’”. Ao acordar da sedação, sentiu-se desolada: “Parecia que tinham tirado tudo de mim, sabe? E até hoje eu fico pensando: ‘Por que não me levaram junto dele?’”.

Lua expressou estar vivendo o luto um dia após o outro: “Eu preciso seguir a minha vida em frente, apesar de ter alguns dias que eu penso: ‘Por que eu não morri?’ . Não é um pensamento frequente, são coisas que passam, e, quando acontece, eu já penso: ‘Isso é um dia ruim, amanhã vai ser um dia melhor!’”. Refere que o parto foi traumático para ela: “Inclusive eu, em algum momento que eu puder vou fazer uma terapia pra trabalhar isso”. Sol também tem a percepção do parto como algo traumático: “Talvez tenha traumatizado quase todo mundo naquela noite, porque foi uma velocidade e o bum que virou toda a cena”. Conta que compreendeu a gravidade da situação por si mesmo ao fazer a leitura do ambiente e do sofrimento da esposa: “De não ouvir choro, assim. Meio que um estalo, meio que por filmes e séries, mas meio que desliguei, assim...dava pra ouvir a Lua do hospital inteiro”.

Frente ao medo e à possibilidade real de perder a companheira, somada à necessidade de resolver questões burocráticas ligadas ao óbito do filho, sentiu-se disperso “Então eu ainda tava mais numa situação de resolver as coisas do que de realmente ter um sentimento (...) do que me preocupar comigo, assim (...)” e “fora de cena”: “não era o momento mais tranquilo pra mim ver a Lua com o Cometa já sem vida, eu imaginava que talvez não fosse bom eu tá ali, eu imaginava que seria um momento dos dois”.

Lua conta ter experimentado sentimento de paz no batizado de Cometa ainda no hospital. Quanto à cremação, menciona terem escolhido um lugar simbólico para deixar as cinzas do filho: “Eu queria que fosse um lugar que tivesse uma simbologia (...) uma lembrança boa dele”. Já Sol entende terem escolhido a cremação porque “a gente achou que o enterro seria mais traumático a longo prazo, porque dali a três anos, teria que ir lá de novo”. Os sentimentos de culpa de Lua foram aliviados com o resultado dos exames: “É algo resolvido, sabe, dentro de mim”. Porém referiu um sentimento de ser mãe sem filho: “Eu me sinto mãe, me sinto uma mãe sem meu filho nos braços. Eu tenho uma impressão, assim, que é bem, uma coisa bem de bicho, assim, que foi a forma como ocorreu”.

Sol verbalizou lidar com as situações de um modo racional: “Eu já desde o começo parti de uma aceitação de tudo o que aconteceu, e uma visão mais racional”, buscando não focar em suas emoções “No primeiro momento, quando eu acabei tendo esse tipo de pensamento, de ainda materializar as coisas com o Cometa, eu me senti um pouco mal com isso” evitando o contato com a realidade da perda e o sofrimento: “Daqui a pouco tu chegar no ambiente, onde tem o berço, onde tem as roupas e isso fazer mal” e voltando-se para o futuro “Me gerou uma preocupação mais pro futuro, de como fazer as coisas dali pra frente, e não esse apego de ficar remoendo como seria”. Contudo, reconhece a perda do filho como a maior perda da sua vida.

Lua buscou apoio e recursos externos para o enfrentamento da perda: “Além de apoio da família, dos amigos, eu busquei sites, coisas na internet que pudessem me ajudar, busquei apoio espiritual, também”, demonstrando ainda haver a necessidade de marcar um espaço no concreto para o filho: “A toquinha ficou por muito tempo junto comigo, dormindo comigo, né. Mas já faz um tempo que eu coloquei no ursinho e o ursinho tá lá no quartinho”. Sol não buscou auxílio externo e referiu uma outra perspectiva de conexão com o filho: “A minha relação, assim, a partir do óbito, ela já se torna muito mais material, assim. Não tem essa ligação espiritual”, apresentando, segundo Lua, uma menor expressão de seus sentimentos: “Ele não expressa. Ele nunca expressa nada, assim, de sentimentos. Sempre quem expressa sou eu”.

Ambos têm a percepção de maior sofrimento por parte de Lua: “O meu luto é mais dolorido do que o dele. Ele lida melhor”; “Pra Lua foi algo muito mais traumático, assim, pelo fato de ter a questão desde sempre na barriga e toda essa questão de já tá sentindo desde o começo, a forma como foi” (Sol). Também foi feita menção a diferenças no vínculo do pai com o bebê: “Porque o homem cria o vínculo com a criança quando ela nasce, ele não cria o vínculo na barriga” (Lua); “A situação, depois que nasce, que tu vê ali, que se gera todo laço, assim. É ali [no nascimento] quase o ponto zero de um laço” (Sol), mesmo que ao longo da entrevista tenha ficado evidente o seu envolvimento emocional e o lugar interno que vinha construindo para o filho ao longo da gestação.

Caso 3 – Rosa e Cravo; Bebê: Botão-de-Ouro

Na 29ª semana de gestação, Rosa percebeu que, após alguns dias bem agitada, Botão-de-Ouro parou de se mexer. Ao comunicar isso ao marido, ele disse: “Amor, deve ser porque você tá fazendo faxina, ela mexeu e você não sentiu”. Contudo, ao longo do dia, Rosa teve vontade de procurar o médico para se certificar que estava tudo bem com a filha: “um negócio de mãe, assim”. Foi ao hospital com Cravo e, após alguns exames, confirmou-se o óbito de Botão-de-

Ouro. Rosa mencionou ter entrado em choque nesse momento, emergindo uma sensação de despersonalização também referida por Cravo: “Parecia que eu tava flutuando, assim, eu não conseguia, sabe? foi uma sensação muito ruim. Parecia que eu tinha ido junto com a Botão-de-ouro” (Rosa); “Sabe quando parece que você tá num filme assim? (...) tudo no automático” (Cravo). Para Rosa, o choque foi seguido pela negação: “Eu falava: ‘Não, a Botão-de-Ouro não morreu; tipo, ontem ela mexeu!’” (Rosa).

Cravo não pode entrar no hospital com a esposa, em função da pandemia, o que fez com que ela recebesse a notícia da morte da filha sozinha. Cravo referiu surpresa com a notícia: “Todos os exames foram feitos, tava tudo certinho”, assim como o medo de perder a companheira: “Além da dor de perder a minha filha, ali também passou a possibilidade de eu perder a minha esposa”. Rosa diz ter experimentado uma confusão de pensamentos diante dessa situação: “Pra mim é assim: a pessoa morre, mas ela precisa primeiro nascer e morrer, né? E a Botão-de-Ouro, não: primeiro ela veio a óbito e depois ela nasceu”.

Cravo sentiu ter se conectado de fato com a realidade da perda a partir do contato com o sofrimento da companheira: “Eu vi ela chorando de dor, vi toda aquela situação, ali caiu [a ficha]”. Apesar do choque inicial, tanto Rosa quanto Cravo relataram sentimento de paz e conexão espiritual com o parto de Botão-de-Ouro: “Nós estávamos super ligados, super conectados com Deus... um com o outro mesmo, e com a nossa própria filha” (Cravo); “Quando a Botão-de-ouro nasceu, eu senti uma paz tremenda, que eu não consegui chorar” (Rosa). Cravo percebeu que a vivência de PG fortaleceu a sua espiritualidade: “O tempo inteiro eu tava conversando com Deus, é uma coisa que renovou o meu espiritual”.

Ambos mencionaram a importância e o conforto por terem podido ver a filha no hospital, ter contato com ela, pois identificaram semelhanças físicas, deram colo, bateram fotos e conseguiram se despedir da menina: “E aí eu falo: ‘Ai, vocês querem ver a Botão-de-Ouro?’”,

porque eu tirei foto dela, tirei foto minha e dela, minha e dela com meu marido, minha mãe pôde ver, meu irmão pôde ver” (Rosa). Contudo, Rosa preferiu não ficar muito tempo com a filha “Eu não queria ver ela roxinha, não queria sentir o corpinho dela gelado, sabe? Porque ela nasceu super quentinha, super molinha”, preferindo também não participar do enterro. Cravo expressou a confusão de sentir-se pai na hora do adeus: “Ali deu mais baque ainda, porque foi a primeira vez que eu peguei... e já era a hora da despedida (...) ali eu me senti pai”. Já Rosa refere não sentir-se mãe: “Eu não me sinto mãe, porque eu acho que você se sente mãe na hora que você tá com a criança, que começa a te chamar de mãe”. Ambos frisaram terem momentos de interação com a filha falecida: “Toda vez eu entro na via Dutra, eu falo assim: ‘Segura aí filha!’ (riso). Tipo assim, sabe, umas coisas minhas assim (...) eu penso alguma coisa e falo: ‘Ê filha, não vai contar pra mamãe não, hein?’” (Cravo).

Rosa menciona a dificuldade de não ter a filha para cuidar na licença maternidade: “Licença maternidade é pra quem teve filho, pra cuidar do filho. Eu não tive, eu vou cuidar de quem? Isso era uma tortura pra mim, sabe?”. Contudo, por vezes Rosa tem a percepção de que as coisas seguiram como planejado, mesmo com a morte da filha: “A minha sobrinha de um ano e meio, quando vai na minha vó, pega a fotinho da Botão-de-Ouro e passeia com ela, dá mamá (...) Tudo que eu queria que tivesse acontecido se a Botão-de-Ouro estivesse aqui!”.

Rosa demonstra manter resguardado o espaço da filha: “Eu penso nela, as coisinhas dela tão todas aqui, são dela, assim, sabe? Eu fico até assim: ‘Nossa, e se vier um irmãozinho dela, ela vai ficar com ciúmes’”, diferentemente de Cravo, que se volta para o futuro: “Minha filha faleceu e eu tenho que dar apoio pra Rosa, tenho que buscar mais Deus, melhorar as coisas na minha vida”. Cravo destacou a tentativa de manter-se forte para dar apoio para a companheira: “Eu tenho que apoiar ela, eu não posso passar insegurança pra ela (...) eu esperava pra chorar na hora que ela tava dormindo, sabe? Tive que ser homem de verdade”.

Ambos evidenciam a dor da perda, apesar de Rosa referir oscilações na forma como se sente: “Tem dias que eu do nada fico pensando e começo a chorar (...) Tem dias que eu tô muito bem, que eu lembro da Botão-de-Ouro dou risada e tal”, enquanto Cravo menciona a aceitação: “Dói muito, mas é uma dor que você entende, assim, sabe? Você sabe o porquê, você sabe que é necessário, que é inevitável”.

Referiram perceber diferenças no tempo e processo de luto e elaboração de cada um: “Eu falo muito mais da Botão-de-Ouro em si do que o Cravo” (Rosa); “Isso eu já consegui sentir no momento. A Rosa tá em trabalho ainda... pra aceitação” (Cravo). Também identificaram similaridades em seus modos de enfrentar a perda: “E ele tá igual a mim, sabe? Levando super bem. A gente se aproximou muito mais” (Rosa); “O mesmo sentimento que eu partilho é o que a Rosa partilha também. Em que pese ela ainda ter algumas recaídas. Cada um é cada um” (Cravo). Ambos utilizam a espiritualidade na busca de sentido e aceitação da perda da filha: “Eu acho que a Botão-de-Ouro ainda vai voltar pra mim, sabe? Sei lá se como próximo filho, eu sinto muito a presença da Botão-de-ouro” (Rosa); “Daí eu falei 'Rosa, deixa isso de lado [os exames], é coisa de Deus por tudo o que a gente sentiu” (Cravo).

Cravo têm a percepção de que a dor da esposa é maior que a sua: “Numa desigualdade de sofrimento, com certeza (...) no individual, ela sente mais, isso é fato”. Apesar de referir já ter passado por muitas coisas na vida, “nenhuma se compara a ter passado por isso” [perda da filha]. A percepção de apoio mútuo, havendo a flexibilização na ocupação dos papéis de apoio, foi identificada por ambos: “Tinha horas que, por mais que ela tava sofrendo bastante, ela também me ajudou muito e me ajuda até hoje” (Cravo); “A gente é assim. Quando eu tô bem, o Cravo tá mal. Quando eu tô mal, o Cravo tá bem... pra um reerguer o outro” (Rosa). A relevância desse apoio para o enfrentamento da situação foi destacada por ambos.

Discussão

Analisando-se conjuntamente os casos, observou-se que as mulheres mencionaram a percepção física e a intuição de que algo havia acontecido com o bebê antes mesmo da confirmação do óbito. O sinal mais evidente disso foi a ausência de movimentação intrauterina, sendo este um diferencial da experiência de gestação masculina, que não passa por esta conexão com o filho pela via corporal (Matos, Magalhães, Féres-Carneiro & Machado, 2017). Contudo, mesmo com essa percepção, identificou-se a negação inicial da morte do filho, tanto nas mulheres quanto nos homens, o que pode ser explicado pelo medo da confirmação de tal percepção, visto que a notícia de óbito fetal foi experimentada pelos casais de forma devastadora.

A literatura aponta que, diante dessa notícia, pode-se apresentar uma gama complexa de sentimentos e reações intensas e ambivalentes, como o entorpecimento, choque e negação inicial (Faria-Schützer et al. 2014; Andrade, Silva & Roure, 2020), mencionados pelos participantes (Margarida, Crisântemo, Rosa, Cravo). Tais reações de descrença e negação neste momento inicial manifestam uma tentativa de reorganização diante do impacto da notícia. Desse modo, a partir dos relatos dos participantes, percebe-se que a negação não foi usada como uma defesa patológica do psiquismo (Faria-Schützer et al. 2014).

Entende-se que, nos casos analisados neste estudo, a experiência do parto interferiu nos sentimentos em relação à perda do filho e no processo de luto. No caso de Lua e Sol, diante de um parto traumático, foram observados nela sentimentos de desruptura, desespero, dor e desamparo, assim como uma sensação mais primitiva de “roubo” e não de perda do filho, a partir de uma posição passiva durante o parto, verificando-se com isto a intensificação da dor pela morte do filho. Percebe-se a tentativa, ainda na entrevista, de Lua nomear o que lhe ocorreu, sendo encontrada esta dificuldade e o sentimento de vazio em outros estudos (Andrade et al., 2020; Visintin, Inacarato, & Aiello-Vaisberg, 2020; Faria-Schützer et al. 2014). Identifica-se em

Lua um registro mais primitivo da falta do filho, a dor física e psíquica parecendo excessivas ao corpo e ao ego no momento do parto, dificultando o seu acesso à simbolização. Tais sentimentos parecem ter se refletido em seu escore de luto complicado, que não pode ser confirmado devido ao tempo de aplicação inferior ao tempo exigido para o diagnóstico dessa condição. Neste caso, observa-se a indiferenciação dos sentimentos do momento da notícia e do momento do parto, não havendo espaço de tempo entre eles.

Ao contrário, as outras mães parecem ter encontrado na experiência corporal uma via para “parir” algum registro simbólico, ao menos parcial da perda de um bebê separado de si mesma. O momento do parto parece funcionar como uma passagem, a inauguração desta distinção entre a mãe e o bebê, um momento também de inscrição psíquica (mesmo que incipiente) desta perda, que pode incitar essas mães a iniciarem um processo de luto, facilitando o processo de elaboração, ao simbolizar parcialmente a dor emocional através da dor física (Teodózio, Barth, Wendland & Levandowski, 2020). Sentimentos de paz e conexão emergiram, assim como uma percepção positiva da experiência de trazer ativamente o filho ao mundo, nos casos de parto vaginal (Margarida, Rosa), realizado de forma mais tranquila e no ritmo esperado. Assim, percebe-se que a vivência física da perda (tanto a percepção de óbito quanto a implicação em um processo de parto), atrelada a um maior direcionamento da equipe de saúde à mulher (Hambidge, Cowell, Arden-Close & Mayers, 2021), pode repercutir em um menor tempo de negação da morte do filho encontrado entre elas em comparação ao companheiro, visto que a mulher vai sendo convocada a se conectar em alguma medida com esta perda (como observado em Margarida e Crisântemo).

Já em relação à experiência masculina de parto, esta mostrou-se traumática para Sol, que referiu perda de noção temporal e distanciamento afetivo da situação, encontrados no estudo de Quintans (2018). Pode-se pensar que este distanciamento provavelmente está ligado ao

afastamento real que lhe foi imposto na cena do parto, mas que também demonstra o impacto dessa situação para o seu psiquismo. Este impacto se deu a partir da intensidade das repercussões indiretas desta situação, como atribuições burocráticas, somadas a características pessoais e ao medo frente à percepção de maior vulnerabilidade e risco de vida da companheira, contribuindo para um intenso distanciamento emocional e um processo de luto contido. Neste caso, a dor de ter perdido o filho parece ter sido soterrada por tais questões. O movimento de Sol de seguir imediatamente em frente, sem um tempo de “digestão psíquica”, dá indícios do quanto é inconcebível acessar o que perdeu, reconhecer a própria dor e autorizar-se a senti-la, o que pode ter contribuído para a sua pontuação mais baixa na ELP.

Diferentemente da inscrição via corpo que se dá na experiência feminina, a gestação masculina é um processo mais simbólico, através da imagem mental construída pelo pai sobre o bebê (Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer & Lopes, 2009). A prova da realidade da existência do filho passa pelo corpo da mulher a partir das interações com a barriga da mãe, exames e do próprio nascimento (Matos, Magalhães, Féres-Carneiro & Machado, 2017). Desse modo, a perda deste bebê que (só) existiu para o homem em seu psiquismo parece necessitar também da comprovação e confirmação deste outro (mãe) para ser registrada enquanto realidade concreta, visto que a existência (e morte) do filho não lhe deixa registros físicos. Nesse sentido, foi relatado por todos os homens a percepção de ir acessando em algum nível a realidade da situação de perda ao entrarem em contato com a dor e o sofrimento da esposa.

Todos os homens tiveram sua conexão com a situação de PG atravessada pela necessidade de resolver questões burocráticas, sendo procurados pelas equipes como responsáveis pelas decisões imediatas frente ao óbito do bebê. Esta atribuição se mostra ligada às expectativas quanto aos papéis de gênero diante uma situação de luto e perda (Golden, 1996). Contudo, soma-se a tais questões o tipo de perda estudada, pois de fato a mulher precisa ser

submetida a procedimentos médicos, o que dificulta o seu envolvimento nestas questões. O medo de perder a companheira também foi um sentimento referido por todos; no caso de Crisântemo, este medo está relacionado também a uma próxima gestação. Este sentimento parece ser um diferencial deste tipo específico de luto, estando relacionado à autocobrança masculina de prestar suporte à companheira. O sentimento de medo também ganhou destaque no estudo de Quintans (2018) com pais enlutados por uma PG, aparecendo em relação ao futuro próximo sem o filho e diante da notícia de uma nova gestação, não tendo sido encontrada na literatura referência ao medo masculino de perder a companheira em função de uma PG.

Pode-se pensar, ao comparar os casos, que um maior ou menor impacto disso no processo de luto masculino pode relacionar-se proporcionalmente à necessidade de manter-se “forte” para dar suporte, ligado a outras variáveis, como: a percepção quanto à fragilidade física e emocional da parceira, diferenças percebidas na intensidade do seu sofrimento e do sofrimento da companheira, rigidez ou flexibilização de papéis sociais na relação, e inclusão do homem na cena de confirmação da perda e no parto (pela equipe e/ou pela companheira). Os homens, em geral, são forçados por aspectos culturais referentes à contenção de sentimentos e a demonstrações de força, inclusive no âmbito emocional, ainda que vivenciando sentimentos intensos de dor e tristeza (Silveira & Piva, 2020).

Entende-se ainda que a falta de direcionamento, orientações e acolhimento aos homens por parte das equipes de saúde (Hambidge et al., 2021) pode contribuir para a manutenção dessa negação, assim como para um distanciamento afetivo a partir do afastamento e não-inclusão do mesmo, que só(bra) na cena, de ambas as formas. Isso repercute no tempo e nos caminhos encontrados para a vivência da perda e do luto. Apesar das experiências de luto dos homens se mostrarem altamente variadas, ainda são desafios as expectativas e a ocupação de um papel de

apoio às parceiras e a falta de reconhecimento de sua dor e das suas necessidades (Obst, Due, Oxlad & Middleton, 2020).

Nesse sentido, a circulação mais livre entre os papéis de “apoiador/apoiado” e a promoção de maior compartilhamento entre o homem e a mulher acabam aproximando o casal em uma situação de PG, mostrando-se, neste estudo, um facilitador do processo de luto. Por outro lado, corroborando o apontado por Silva, Costa & Martins (2019), percebeu-se, em todos os homens, em alguma medida, a repressão da expressão (e até mesmo da própria percepção) de seus sentimentos, mesmo a PG sendo referida como a maior dor e/ou dificuldade vivenciada até então por todos eles. Esse é um aspecto importante para intervenções, pois essa postura pode acarretar complicações ao seu processo de luto, mesmo que o voltar-se para o futuro e a reorganização prática da vida após a perda também sejam importantes e necessários (Parkes, 2009). Verifica-se, ainda, que, nos casos em que os homens avaliaram a sua dor como menor do que a da companheira (Sol e Cravo), houve uma maior implicação em “manter-se forte” e abafar os próprios sentimentos. Uma intensificação da dificuldade de perceber a sua dor, valorizar o vínculo construído com o filho e vulnerabilizar-se foi identificada quando a companheira compartilha de tal percepção (Sol e Lua), reforçando-a.

Foram percebidas pelos participantes diferenças nos caminhos percorridos no processo de luto, assim como no tempo de cada um para acessar a realidade da perda do filho, ressignificá-la e elaborá-la. Enquanto os homens do presente estudo preferiram não tocar no assunto da perda e demonstraram mais comportamentos de esquiva e evitação do sofrimento, como apontado por Jones et al. (2019), as mulheres demonstraram menos comportamentos evitativos e maior abertura para buscar auxílio fora da dupla conjugal e da família, tendo comportamentos de busca por identificação e suporte (Morelli, Scorsolini-Comin, & Santos, 2014).

Além disso, observou-se o uso da espiritualidade em todos os participantes (exceto Sol) enquanto recurso de enfrentamento, através da busca e atribuição de sentido e significados para a perda, não observando-se diferença entre os homens e mulheres quanto ao seu uso, parecendo tal aspecto estar integrado às características pessoais e crenças de cada participante. Estudo de revisão sistemática da literatura realizado por Castro & Filho (2021) apontou a espiritualidade como um importante recurso de enfrentamento deste tipo de perda. Os momentos com o filho, a possibilidade de ver, tocar, e, em alguns casos, até mesmo bater fotos e participar de rituais de despedida, também foram mencionados por todos os participantes como algo que, apesar de doloroso, trouxe conforto, ajudando no processo de simbolização da perda (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013; Iaconelli, 2007; Teodózio et al., 2020). Essas oportunidades de contato e despedida do bebê evidenciam também um movimento de avanço das instituições na assistência à PG (Carneiro, Rodrigues, & Alves, 2017).

Observou-se também sentimentos de impotência quanto à impossibilidade de alterar o desfecho da perda, assim como sentimentos de culpa nas falas das mães e pais. Nas mulheres, os sentimentos de culpa foram decorrentes de pensamentos de ter descuidado de alguma questão de saúde ou tardado na busca por auxílio médico, gerando uma busca pelas causas da perda. Diferentemente do mencionado na literatura (Pontes, 2020), nos quais a identificação da causa clínica do óbito fetal gerou alívio nas mulheres a partir da possibilidade de um controle destas causas nas próximas gestações, no presente estudo constatou-se o alívio do sentimento de culpa pela ocorrência da perda a partir dos resultados dos exames que não apontaram causas clínicas que justificassem o óbito fetal e que pudessem ter sido evitadas por elas.

Nos casos de Margarida e Lua, identifica-se também o sentimento de culpa relacionado à passividade no momento do parto, que contrastou com comportamentos idealizados para este momento, tais como o desejo de permanecer com o filho no colo e de querer estar acordada para

ver o bebê “nascer”. No caso de Lua, especificamente, tal sentimento foi reforçado pela conduta médica. O sentimento de culpa é uma variável significativamente relacionada à intensidade dos sintomas de luto em mulheres que vivenciam uma PG (Nisihara et al., 2021), sendo que a assistência imediata após a perda pode repercutir a longo prazo sobre os pais enlutados (Ellis et al., 2016). Nesse sentido, é evidente a importância do cuidado e do respeito na assistência a estes casos, já que intervenções e manejo inadequados podem consistir em obstáculos a um processo de luto saudável (Pontes, 2020), podendo intensificar o potencial traumático, como no caso estudado.

Já nos homens, o sentimento de culpa apareceu relacionado ao trabalho e à percepção de que poderiam ter tido um envolvimento maior com a gestação, ou seja, algo de ordem pessoal e social muito mais do que da ordem médica. Estudo realizado com homens por Bornholdt, Wagner e Staudt (2007) revelou o sentimento de obrigação quanto ao sustento da família, atrelado ao maior investimento no trabalho. No entanto, estes pais manifestaram o desejo por uma maior interação e aproximação na gravidez, assim como os nossos entrevistados. Notou-se nestes pais, apesar do sentimento de que poderiam ter participado mais, uma participação ativa ao longo da gestação das companheiras através de interações com o bebê por meio do corpo da mulher, acompanhamento em exames e consultas (quando possível frente ao cenário de pandemia), participação na escolha do nome do bebê, leitura de livros, conversas com a companheira, entre outros, o que vai ao encontro da literatura (Freitas, Coelho & Silva, 2007). Ainda assim, tais sentimentos de culpa diante de uma participação considerada insuficiente podem ter como base a comparação com o investimento materno na gestação, entendido por eles como maior que o paterno.

Em sua maioria, os participantes expressaram o sentimento de já se sentirem pais e mães, mesmo com a morte do filho, evidenciando um processo de investimento psíquico para a

transição para a parentalidade e a consolidação de um lugar (concreto e simbólico) para este filho. Contudo, em um dos casos isto foi paradoxal e difícil de sustentar (Rosa). A mulher, ao longo da gestação, transita por diferentes fases, (re)construindo sua identidade a fim de contemplar a identidade materna, ensaiando-se neste novo papel. Nesse sentido, podemos entender que pode haver um descolamento da identidade “tecida” e um despertencimento deste lugar a partir do não reconhecimento desta mulher como mãe por ela mesma e pelo seu grupo social, diante da ausência do bebê, e da impossibilidade de transitar neste papel construído (Andrade, 2021). Já para os homens, a confusão parece se dar na ordem do sentir-se pai de modo mais integral e marcado no real a partir do nascimento do filho, que, no caso de uma PG, também é o momento em que o óbito é registrado/concretizado, como descrito por Quintans (2018), apesar de não ter sido referido por nenhum homem o não sentir-se pai. O fato de o bebê não ter sido apresentado ao mundo costuma ser um entrave na elaboração da perda do filho, não encontrando-se autorização social para o enlutamento (Muza et al., 2013).

Observa-se, no caso em que foi expresso o sentimento de não sentir-se mãe (Rosa), a tentativa de manter a filha viva não somente internamente, mas no cotidiano familiar como um todo, o que parece sinalizar para uma dificuldade de abrir mão do futuro planejado com a filha. Aparentemente, a dúvida sobre a permanência do status de mãe diante da morte do filho pode reverberar em uma tentativa de fixar-se no exercício da maternidade de modo concreto. Isso pode prejudicar o processo de luto, ao se manter a negação e a impossibilidade de introjetar esta perda de modo integral. Desse modo, apesar de identificar-se que, em algumas situações, a vivência física da gestação e do parto podem acarretar uma maior conexão com a perda do filho em comparação aos homens, outros aspectos podem relacionar-se à presença maior da negação da perda nas mulheres, como observado no caso de Rosa. A idealização maciça da maternidade parece refletir em uma maior necessidade do uso da negação como defesa, assim como reforçar a

dúvida sobre o status de mãe na ausência da filha, visto que, se na falta da filha a identidade materna em construção também se perde, a filha não pode morrer. Em relação a esse caso, caberia um acompanhamento, para verificar se gradualmente Rosa consegue fazer esse trabalho de elaboração da perda que caracteriza o luto.

Observou-se ainda que todos os participantes deste estudo mencionaram como repercussão da PG um isolamento social inicial (Duarte & Turato, 2009), embora tal movimento tenha evidenciado funções diferentes nos homens e nas mulheres: de um lado, como um ensimesmamento para pensar, refletir e “digerir” a perda nas mulheres, e, por outro, para os homens, como forma de evitar ter que falar sobre a perda do filho. Tal resultado vai ao encontro da percepção dos entrevistados de maior necessidade das mulheres de conversar sobre o filho e uma maior evitação dos homens de acessar o conteúdo da perda, corroborando a dificuldade na participação masculina encontrada por Nisihara et al. (2021). Nos três casos estudados, a participação dos homens na pesquisa passou também pelo desejo e incentivo das mulheres. Ainda assim, percebe-se, como no estudo de Quintans (2018), que, quando se proporciona um espaço seguro para falar sobre a perda, tanto homens como mulheres demonstram disponibilidade em relatar o que lhes passa, o que é notável na duração das entrevistas, que superou o esperado (cerca de 120 minutos), sendo muitas vezes referida pelos participantes como o primeiro momento em que puderam falar mais abertamente sobre a perda do filho.

Considerações Finais

Este estudo objetivou compreender as repercussões e o processo de luto decorrente de uma PG, assim como as diferenças entre as experiências de homens e mulheres que compartilharam esta perda. A análise dos casos permitiu verificar que a vivência corporal da gestação e da própria PG na mulher é um importante demarcador da experiência feminina e masculina. Observa-se que, tanto pelo processo psíquico singular de cada participante, quanto

pela compreensão social de que, a partir desta diferenciação, há uma vivência de maior sofrimento nas mulheres, tal particularidade acarreta importantes repercussões na experiência de PG e no processo de luto dela decorrente. Nos homens identificou-se comportamentos de fuga e evitação do sofrimento, assim como um maior tempo de negação frente à notícia de perda, quando comparado às suas companheiras, havendo uma experiência de silenciamento da dor e luto encoberto. Nas mulheres percebeu-se uma maior necessidade de falar sobre a perda, assim como uma abertura para trocas e busca de apoio. Sentimentos de culpa e comportamentos de isolamento social foram observados em ambos, de modos e com objetivos distintos.

A forma como o parto acontece e a postura e cuidado dos profissionais de saúde que atuam na assistência a este momento tão delicado também evidenciaram desdobramentos singulares, podendo ser um atenuante ou complicador desta vivência, assim como o sentir-se mãe/pai mesmo na ausência do filho. O uso da espiritualidade como forma de atribuição de sentido à perda mostrou-se um importante recurso no enfrentamento dessa situação para homens e mulheres, assim como a flexibilidade do papel de apoio entre o casal, e a presença de rituais de despedida e de movimentos simbólicos de elaboração. Tudo isso favoreceu o processo de (re)significar a morte do bebê.

A percepção de que o homem lida melhor com a perda do filho por ter menos comportamentos que evidenciam sofrimento e de que a dor da mulher é maior, por ser mais visível e passar pelo corpo, faz parte do senso comum. Entretanto, a tentativa de comparar o incomparável – a dor de cada um - não se mostra como um recurso válido para enfrentar a PG, pois pode representar a invalidação do sofrimento que não está tão evidente e contribuir para um silenciamento masculino ainda maior. Desse modo, é de extrema importância dar visibilidade e voz para as dores de ambos.

Evidencia-se, a partir destes achados, a necessidade de treinamentos e maior preparo para intervenções com esta população, sendo importante um olhar atento para as necessidades individuais destas mães e pais, orientações e maior inclusão do homem, assim como de outras pessoas da rede apoio do casal que possam também ser referência para decisões e trâmites de ordem burocrática, a fim de não sobrecarregar este pai que também perdeu um filho. O papel da equipe de saúde é extremamente importante na hora do parto em si, pois, embora a perda do filho já seja, por si só, bastante dolorosa, o parto não precisa ser necessariamente traumático. A vivência traumática é estabelecida a partir da forma como essa ideia de morte do filho é parida por estes pais e mães, com maior ou menor auxílio desta equipe.

Apesar de não ser possível generalizar os achados deste estudo, entende-se como um ponto forte a comparação da experiência feminina e masculina diante da mesma perda, não a fim de estabelecer comparação frente à dor da perda, mas sim de conhecer as peculiaridades da vivência dessa perda para homens e mulheres. Por outro lado, é preciso mencionar algumas limitações da investigação. Uma delas é o fato de os homens terem sido contatados a partir de suas companheiras, perpassando na sua participação necessariamente o desejo delas sobre isso, o que pode ter impossibilitado ou restringido o acesso de outros homens cujas companheiras podem não ter de fato feito o convite ou mesmo podem não ter estimulado a sua participação.

Considerando o tema do estudo, sugere-se que estudos futuros busquem elucidar o efeito dos tipos de parto na experiência de PG e suas repercussões no luto dos pais em uma amostra maior, identificando características que contribuam para uma vivência de perda traumática. Ainda, a partir dos resultados deste estudo, seria importante investigar aspectos específicos do relacionamento conjugal que podem facilitar o processo de luto da dupla parental, para tanto poder compreender os impactos de uma PG neste relacionamento como aspectos desta relação que possam ser facilitadores ou dificultadores do processo de luto parental.

Referências

Alves, R. S. S., & Celestino, K. A. de A. (2020). With empty arms, in the arms of pain: Gestational and neonatal loss. *Research, Society and Development*, e5459119804 9(11). doi:10.33448/rsd-v9i11.9804

Andrade, D. D. de, Silva, F. M. S. P. da, & Roure, S. A. G. de. (2020, 1 de dezembro). Dor Psíquica e Luto Materno Diante da Perda Gestacional. *Psicologia em Ênfase*, 1(2), 142-161. Retirado de <http://ojs.unialfa.com.br/index.php/psicologiaemenfase/>

Andrade, F. T. (2021). *Puerpério e processos identitários maternos diante da perda gestacional e suas implicações psicossociais na parentalidade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

Aragão, R. O. (2011). *Tornar-se mãe de seu próprio filho*. Curitiba: Honoris Causa.

Bornholdt, A. E., Wagner, A., & Staudt, P. C. A. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica*, 19(1), 75-92. doi:10.1590/S0103-56652007000100006

Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (2ed., Série A - Normas e Manuais Técnicos). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Retirado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

Brownlee, K., & Oikonen, J. (2004, junho). Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. *British Journal of Social Work*, 34(4), 517-529. doi:10.1093/bjsw/bch063

Caldeira, L., Ayres, L. F., Oliveira, L. V., & Henriques, B. D. (2017). A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7(2017), e1417. doi:10.19175/recom.v7i0.1417

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal: Vol. 2* (pp. 87-109). Braga: APPORT/SHO.

Castro, L. G. T. D., & Filho, R. L. Z (2021). *A contribuição da espiritualidade no processo de enfrentamento do luto decorrente do aborto: Uma revisão sistemática*. Repositório Digital Unicesumar, Universidade Cesumar. Retirado de:
<http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/7518>

Carneiro, H. L. B., Rodrigues, A. A., & Alves, M. S. (2017, fevereiro). A dor silenciosa dos pais de filhos natimortos e neomortos. *Humanidades*, 6(1), 59-71. Retirado de:
<https://revistahumanidades.com.br/>

Casellato, G. (2015). *O resgate da empatia: Suporte psicológico ao luto não reconhecido*. São Paulo: Summus.

Condon, J. T. (1986). Management of established pathological grief reaction after stillbirth. *The American Journal of Psychiatry*, 143(8), 987–992. doi: 10.1176/ajp.143.8.987

Curi, P. L. (2017). Da curetagem aos restos psíquicos. *Cadernos de Psicanálise-SPCRJ*, 32(1), 52-59.

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

Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009, setembro). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490. Retirado de:
<https://www.scielo.br/j/pe/>

Due, C., Chiarolli, S., & Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(380). doi:10.1186/s12884-017-1560-9

Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., ... & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 1-19. doi: 10.1186/s12884-016-0806-2.

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

Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, *12*(2), 305-313. doi:[10.1590/S1413-73722007000200011](https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200011)

Freitas, W. M. F., Coelho, E. D. A. C., & Silva, A. T. M. C. D. (2007). Sentir-se pai: A vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(1), 137-145. doi:10.1590/S0102-311X2007000100015

Hambidge, S., Cowell, A., Arden-Close, E., & Mayers, A. (2021). “What kind of man gets depressed after having a baby?” Fathers’ experiences of mental health during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(453), 1-10. doi:10.1186/s12884-021-03947-7

Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *10*(4), 614-623. doi:10.1590/S1415-47142007000400004

Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *14*(2), 187 - 194. doi:10.31887%2FDCNS.2012.14.2%2Fakersting

Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery*, 79, 1-15. 102531, ISSN 0266-6138. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102531>.

Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 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. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Matos, M. G. D., Magalhães, A. S., Féres-Carneiro, T., & Machado, R. N. (2017). Construindo o vínculo pai-bebê: a experiência dos pais. *Psico-USF*, 22, 261-271.

Melo, C. T. V. de, & Vaz, P. R. G. (2019). Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. *MATRIZES*, 13(2), 91-112. doi: 10.11606/issn.1982-8160.v13i2p91-112

Monti, M. R. (2008). Contrato narcisista e clínica do vazio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 239-253. doi:10.1590/S1415-47142008000200006

Morelli, A. B., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2014). Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade dos pais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2711-2720. doi:10.1590/S1413-81232013000900026

Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34-48. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1516-3687&lng=pt&nrm=iso

Nisihara, R. M., Okamoto, C., Reda, S., Maia, N. T., Mendes, G. B., Pucci, C. M., & Trintinalha, M. de O. (2021). Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(1). doi:10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.174765

NUDIF – Núcleo de Infância e Família. (2008a). *Ficha de Dados Sociodemográficos* [Instrumento de medição]. Não publicado. Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre.

NUDIF – Núcleo de Infância e Família (2008b). *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* [Instrumento]. Não publicado. Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre.

Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(11), 1-17. doi:10.1186/s12884-019-2677-9

Parkes, C. M. (2009) A influência de gênero sobre os apegos e sobre os lutos. In *Amor e Perda: As raízes do luto e suas complicações* (pp. 174-175). São Paulo: Summus

Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 373-382. doi: 10.1590/S0103-166X2009000300010

Pontes, V. V. (2020). Aspectos psicológicos na perda gestacional. In: Cavalcante, Sarno & Barini (Eds.), *Perda Gestacional* (1. ed, pp. 256-271). Barueri, SP : Manole.

Potvin, L., Lasker, J. N., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45. doi:10.1007/BF00962697

Quintans, E. T. (2018). Eu também perdi meu filho: Luto paterno na perda gestacional/neonatal (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. doi:10.17771/PUC Rio.acad.34141

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. doi:10.1590/S0102-79722010000300002

Rios, T. S., (2013). *Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: Relato de caso* (Monografia de conclusão de curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, Brasil.

Rocha, J. C. F. C. (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez*. (Dissertação de Doutorado não-publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Silva, P. N. (2012). *Maternidade e relação mãe-bebê no contexto do luto materno* (Dissertação de Mestrado). Unisinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Recuperado a partir de: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4387>

Silva, A. D. da, Costa, M. E., & Martins, M. V. (2019, dezembro). A vivência do luto por perda gestacional na perspectiva do casal: Revisão de escopo. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 18(54), 77-86. Retirado de: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/>

Silveira, J. C., & Piva, S. Z. (2020). O luto pela perda de um filho na percepção do pai. Retirado de RUNA - Repositório Universitário: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/10413>

Secretaria de Vigilância em Saúde (2021). Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal [Painel eletrônico de monitoramento e indicadores]. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis. Retirado de <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>

Sousa, E. N., & Muza, J. C. (2011). *Quando a morte visita a maternidade: Papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal* (Monografia de conclusão de curso).

Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF.

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), e9834. doi:10.5020/23590777.rs.v20i2.e 9834

Visintin, C. D. N., Inacarato, G. M. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2020). Imaginários de mulheres que sofreram perda gestacional. *Estilos da Clinica*, 25(2), 193-209.

doi:10.11606/issn.1981-1624.v25i2p193-209

Wright, P. M. (2011). Barriers to a comprehensive understanding of pregnancy loss.

Journal of Loss and Trauma, 16(1), 1-12. doi:10.1080/15325024.2010.519298

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

Bookman.

Tabelas

Tabela 1. *Caracterização dos participantes*

	Caso 1		Caso 2		Caso 3	
	Margarida	Crisântemo	Lua	Sol	Rosa	Cravo
Idade (anos)	33	30	33	30	32	25
Escolaridade	SC	EMC	PG	SC	SC	SC
Religião	Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	Não sabe informar	Católica	Católica
Situação conjugal/ tempo de relação	Coabitação/ 2 anos e 7 meses		Coabitação/ 1 ano		Casamento/ 2 anos	
Sexo do bebê perdido	M		M		F	
Tempo gestacional da perda (semanas)	26 ^a		34 ^a		29 ^a	
Tempo desde a perda (meses)	7		5		4	

Legenda: SC = Superior Completo; EMC = Ensino Médio Completo; PG = Pós-Graduação; EFI = Ensino Fundamental Incompleto; M = Masculino; F = Feminino.

Tabela 2. Resultados dos participantes em relação à presença de sintomas psicopatológicos e luto parental

	<i>BSI</i>		<i>ELP</i>	
	<i>R*</i>	<i>S**</i>	<i>R*</i>	<i>S**</i>
Crisântemo	1,08	Sem IP***	74	Sem luto complicado
Margarida	1,10	Sem IP	59	Sem luto complicado
Sol	1,64	Sem IP	61	Sem luto complicado
Lua	1,94	IP	116	Luto complicado
Cravo	2,32	IP	71	Sem luto complicado
Rosa	1,28	Sem IP	84	Sem luto complicado

Legenda: Ponto de corte do BSI = 1.7; ponto de corte do ELP = 91. *R = Resultado; **S = Significado; ***IP = Indicação Psicopatológica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Essa Dissertação de Mestrado teve como objetivo compreender a experiência individual de homens e mulheres que compartilharam uma vivência de PG, mais especificamente, as repercussões desta vivência e as possíveis diferenças no seu processo de luto, assim como o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde a pais e mães em uma situação de PG. Para isso, foi realizado estudo teórico com base em conceitos psicanalíticos para refletir sobre a assistência à PG; e um estudo empírico, a fim de compreender as repercussões e o processo de luto decorrente desta, assim como as diferenças entre as experiências de homens e mulheres que compartilharam esta perda.

Identificou-se, a partir dos resultados do artigo empírico, que as repercussões e os caminhos encontrados pelos homens e mulheres para a vivência de luto pela PG foram distintos, evidenciando-se maior frequência nos homens de comportamentos de fuga e evitação do sofrimento, assim como um maior tempo de negação frente à notícia de perda, quando comparado às suas companheiras. Nas mulheres percebeu-se uma maior necessidade de falar sobre a perda, assim como abertura para trocas e busca de apoio. Sentimentos de culpa e comportamentos de isolamento social foram observados em ambos, com modos e objetivos distintos. Contudo, a vivência corporal da gestação e da perda na mulher mostrou-se um importante demarcador da experiência feminina e masculina a partir do processo psíquico singular de cada um. A compreensão social e dos próprios pais de que, por esta diferenciação, há uma vivência de maior sofrimento nas mulheres, parece acarretar importantes repercussões na experiência masculina, de maior silenciamento da dor.

Independentemente das diferenças quanto ao modo de enfrentar a PG, a forma como o momento do parto acontece e as ações de cuidado e manejo das equipes que atuam diretamente com as mães, os pais e demais familiares em uma situação de PG evidenciaram desdobramentos singulares, podendo acentuar ou atenuar o sofrimento inerente à perda e ao seu processo de luto. Fica evidente a importância da “capacidade de hospitalidade” e ética do cuidado neste contexto, promovendo uma experiência de integração e de dar sentido ao “sem-sentido”, a partir de um olhar atento de um outro que testemunha e valida a existência desse filho e da dor atrelada a sua perda.

Desse modo, identifica-se a necessidade de problematização e qualificação profissional voltada especificamente aos cuidados desta população e uma melhor organização dos serviços frente a estas situações tão delicadas, fazendo-se fundamental dar voz ao sofrimento e às necessidades dos pais e mães que vivenciam esta experiência especialmente dolorosa e (ainda) tão invisibilizada socialmente, ainda mais na perspectiva masculina, que encontra menos espaço e validação. Ainda assim, é possível observar a presença de rituais de despedida no ambiente hospitalar em todos os casos estudados, algo que sugere o aprimoramento da atenção das instituições a tais questões, e que mostrou-se relevante no processo de atribuição de sentido e (re)significação dos pais e mães.

Sugere-se que futuros estudos empreguem amostras maiores, que também incluam os pais, e tenham uma forma de acesso a estes independentemente da participação de suas companheiras, o que foi observado enquanto limitação do estudo empírico que compõe esta Dissertação. Do mesmo modo, que sejam realizados estudos longitudinais ou mesmo comparativos com casais em tempos distintos de perda e situações. Estes estudos devem direcionar-se para aspectos específicos do relacionamento conjugal, tais como a qualidade conjugal e a comunicação do casal, para verificar possíveis associações com o processo de luto dos pais. Ainda, sugere-se pesquisas que possam ouvir os profissionais de saúde envolvidos neste acolhimento inicial à situação de PG, a fim de compreender possíveis entraves e limitações encontradas na sua prática assistencial, implicando em uma visão mais abrangente sobre o cuidado prestado.

Espera-se que este estudo possa inspirar e promover problematizações, assim como contribuir cientificamente para a ampliação da compreensão desse evento tão recorrente e ao mesmo tempo ainda pouco estudado que é a PG. Conhecer os aspectos da experiência de perda que impactam na vivência desses pais e mães e suas repercussões possibilita intervir de forma mais adequada e satisfatória frente às necessidades de cuidado e aos aspectos modificáveis desta experiência, que são responsabilidade de todos os atores envolvidos. O entendimento de que a vivência de perda e do processo de luto são subjetivas e atravessadas por questões de cunho pessoal e cultural, que falam das condições e recursos de cada um, não sendo possível comparar ou mensurar a dor de pais e mães, se faz primordial.

Também é possível salientar, como repercussão desta Dissertação de Mestrado, uma ainda maior implicação pessoal, curiosidade e desejo da mestranda de permanecer estudando

e escrevendo sobre o tema, explorando e analisando o conjunto de dados qualitativos resultantes do estudo empírico. Desse modo, ao chegar no que seria o fim desse percurso, percebo que o que levo comigo desta experiência profunda que foi a construção dessa Dissertação é “semente” para outros movimentos de vir-a-ser e desejos de conhecer que não se esgotam aqui. A escuta destes pais e mães provocou emoções e proporcionou reflexões e problematizações profissionais e pessoais que também reverberaram e seguem reverberando na minha prática enquanto profissional de saúde em um hospital.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2015). Couple's relationship after the death of a child: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 27(4), 1-24.
- Badenhorst, W. & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21(2), 249-259.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal* (2ed., Série A - Normas e Manuais Técnicos). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Retirado de https://bvsmms.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> .
- Brownlee, K., & Oikonen, J. (2004, junho). Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. *British Journal of Social Work*, 34(4), 517-529. doi:10.1093/bjsw/bch063
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of Family Social Work*, 11, 351-372.
- Campbell-Jackson, L., & Horsch, A. (2014). The psychological impact of stillbirth on women: A systematic review. *Illness, Crisis & Loss*, 22(3), 237-256.
- 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*, 29 (2), 11-29.
- Joronen, K., Kaunonen, M., & Aho, A. L. (2015). Parental relationship satisfaction after the death of a child. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 499-506.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187.
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 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. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

- Maldonado, M. T., Dickstein, J. & Nauhoum, J. C. (2000). *Nós Estamos Grávidos*. (11ª ed). São Paulo: Saraiva.
- Melo, C. T. V. de, & Vaz, P. R. G. (2019). Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. *MATRIZES*, 13(2), 91-112. doi: 10.11606/issn.1982-8160.v13i2p91-112.
- Monti, M. R. (2008). Contrato narcisista e clínica do vazio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 239-253. doi:10.1590/S1415-47142008000200006
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34-48. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1516-3687&lng=pt&nrm=iso.
- Pontes, V. V. (2020). Aspectos psicológicos na perda gestacional. In: Cavalcante, Sarno & Barini (Eds.), *Perda Gestacional* (1. ed, pp. 256-271). Barueri, SP : Manole.
- Sousa, E. N., & Muza, J. C. (2011). *Quando a morte visita a maternidade: Papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal* (Monografia de conclusão de curso). Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF.
- Wright, P. M. (2011). Barriers to a comprehensive understanding of pregnancy loss. *Journal of Loss and Trauma*, 16(1), 1-12. doi:10.1080/15325024.2010.519298.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (3.ed). Porto Alegre: Bookman.

ANEXO I - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO CEP UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



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

UF: RS

Telefone: (51)3303-8804

Município: PORTO ALEGRE

CEP: 90.050-170

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Continuação do Parecer: 4.271.420

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.

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

Página 02 de 04

Continuação do Parecer: 4.271.420

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.271.420

Outros	Termo_de_Anuencia.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

Página 04 de 04

ANEXO II – TERMOS DE CONSENTIMENTOS 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 vídeo chamada, 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 AUTORMAL

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 IV - Normas para publicação no periódico Subjetividades

Condições para apreciação do manuscrito

A redação do manuscrito poderá ser em português, espanhol, inglês ou francês. É condição para publicação do manuscrito submetido a este periódico que o mesmo não tenha sido publicado e não seja simultaneamente submetido ou publicado em outra revista. A lista de referências citadas no manuscrito deve, obrigatoriamente, ser incluída durante o processo de submissão de manuscritos, no "Passo 3. Metadados da submissão". As submissões serão inicialmente apreciadas e se estiverem de acordo com as normas para publicação e forem consideradas como potencialmente publicáveis pela revista serão encaminhadas para avaliação pelos pares (*double blind review*), preservando a identidade dos autores e consultores. **O prazo avaliativo dos manuscritos é, em média, 12 meses.** O processo editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às orientações estabelecidas neste documento. Caso contrário, será devolvido para adequação às diretrizes da revista. Os pareceres emitidos pelos consultores contêm justificativas que podem sugerir a aprovação para publicação sem alterações, a aprovação para publicação com recomendações de alterações ou a não recomendação de publicação. Aos membros do Conselho Editorial, após a apreciação da versão reformulada, cabem as decisões finais sobre os manuscritos, inclusive quanto à necessidade de novas reformulações. Os autores serão informados de todas as etapas. O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar o processo editorial.

Notas: A Revista Subjetividades **não cobra taxas** para submissão, processamento e publicação de manuscritos. Usa-se do Sistema Turnitin para verificação de plágio dos manuscritos submetidos.

Como apresentar e enviar o manuscrito

1. A revista adota, com algumas adaptações, as normas de publicação da APA: Publication Manual of the American Psychological Association (6ª edição, 2010 e 7ª edição, 2019). A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Como alternativa à consulta ao original desse manual, sugerimos o Tutorial de referências bibliográficas estilo APA 6ª

edição: https://issuu.com/bibliotecasua/docs/apa_manual_ref_bibliograficas_2015 da 7a edição (em espanhol): https://issuu.com/agmvirtual/docs/english_apa_2019_parte_ii_referencias_2019.pptx.

2. Os documentos para submissão devem estar em formato eletrônico (WORD ou LIBREOFFICE) e não exceder o número máximo de páginas indicado para cada categoria, conforme descrito a seguir (incluindo Resumo/Abstract/Resumen/Resumé, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto):

- Relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões sistemáticas de literatura (25-30 páginas): relatos de alta qualidade de pesquisas originais, baseadas em investigações sistemáticas e completas, devem propor a análise de conceitos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Também serão aceitos artigos teóricos ou de revisão sistemática da literatura com análise crítica e oportuna de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia.
- Resenhas de livros ou filmes (8-12 páginas): revisão crítica de obras nacionais (publicadas há até dois anos) ou estrangeiras (publicadas há até cinco anos), orientando o leitor quanto a suas características, usos potenciais e contribuições para o campo da Psicologia.
- Entrevistas (10-15 páginas): entrevistas realizadas com autores, autoridades reconhecidas no campo acadêmico e outras personalidades que contribuam para o debate da psicologia. As entrevistas devem conter o(s) nome(s) do(s) entrevistado(s) e entrevistador(es) e uma apresentação de no máximo uma página. Pede-se também que seja enviada a autorização digitalizada do(s) entrevistado(s), concordando com a publicação do material.

3. É fundamental que o material não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), menção a instituições a que estejam vinculados, detalhes de método que possibilitem a identificação/localização da origem, bem como informações contidas nos campos das propriedades do documento ([clique](#)

[aqui para acessar um tutorial para remover a identificação de arquivos Word](#)). Os autores que tiverem suas submissões aceitas para publicação terão oportunidade, durante a revisão final, de incluir os dados necessários.

4. O arquivo contendo o trabalho deverá ser submetido de maneira eletrônica, através do endereço <http://periodicos.unifor.br/rmes>, acompanhado de uma “[Carta de Submissão](#)” contendo título do trabalho e identificação dos autores e suas instituições de origem, bem como endereço completo, incluindo e-mail (Folha de rosto). Estes procedimentos não eximem os autores de preencher corretamente a página de metadados da submissão com o nome dos autores, filiação e, de preferência, a informação do número ORCID, além da colocação das referências nesse mesmo passo da submissão.

Preparação do manuscrito

1. Diretrizes de formatação

- **A.** O manuscrito, sendo um artigo, ao todo não deve passar de 30 páginas, excluindo-se a Folha de Rosto, em formato A4, devendo ser paginado desde a primeira página do Corpo do Texto, que receberá número de página 1.
- **B.** Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo referências, notas, tabelas, etc.
- **C.** Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).
- **D.** Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o corpo do texto e Referências. Espaço 1,5 na Folha de Rosto, Resumo/Abstract/Resumen/Resumé, Tabelas, Figuras e Anexos.
- **E.** Alinhamento: esquerda, exceto Tabelas e Figuras.
- **F.** Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm
- **G.** Numeração das páginas: no canto superior direito.
- **H.** Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos e levar diretamente ao documento citado.

- **I.** Quando possível, sugere-se que as referências incluam o DOI. Para sua obtenção, submeta o conjunto de referências de acordo com a APA no site: <http://www.crossref.org/SimpleTextQuery/>.

2. Elementos do manuscrito

Os elementos do manuscrito devem ser apresentados na seguinte ordem (inicie cada um deles em uma nova página):

- (1) Título, sem identificação, seguida de resumos em português, inglês, espanhol e francês;
- (2) Corpo do Texto;
- (3) Referências;
- (4) Anexos;
- (5) Tabelas e Figuras, conforme instruções a seguir.

A. Título, sem identificação de autoria, seguido do título abreviado e resumos em português, inglês, espanhol e francês. O título original deve ter máximo 12 palavras e ser compatível nas outras línguas.

B. Notas sobre Resumo: Parágrafos com no máximo 300 palavras com o título Resumo escrito na primeira linha abaixo do título abreviado. Ao fim do resumo, listar de três a cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula). Os resumos nas outras línguas devem ser fiéis ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal". Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical da língua. A revista tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final dos resumos, reservando-se o direito de corrigi-los, se necessário. Esse é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. Os resumos nas outras línguas devem ser seguidos das respectivas palavras-chave traduzidas. Sugere-se utilizar palavras-chave derivadas da terminologia em Psicologia da BVSPsi ou Thesaurus do Psycinfo. No caso de submissão de resenhas de livros/filmes e entrevistas, o resumo não é necessário.

C. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, em negrito, com maiúsculas e minúsculas (por exemplo, Método; Resultados e Discussão; Considerações Finais). Os subtítulos das subseções devem seguir as normas da APA. As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, pois no processo de diagramação a localização das mesmas pode ser alterada. As normas da APA não incluem as denominações Quadros ou Gráficos. Sublinhados, Itálicos e Negritos: Use itálico para palavras ou expressões que constituam "estrangeirismos", como self, locus, etc. e sublinhado para outras palavras que deseje grifar. Reserve negritos para os títulos. Dê sempre crédito aos autores. Todos os nomes de autores/instituições cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências. Procure utilizar referências recentes (pelo menos 40% das referências devem ser dos últimos 5 anos). Mencione os procedimentos éticos adotados na realização da pesquisa no caso de pesquisas com seres humanos.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito: Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição ou 2019, 7ª edição) para verificar as normas para outras referências.

1. Citação de trabalho de um autor: sobrenome do autor, seguido do ano da publicação
Exemplo: Dor (1991), ou (Dor, 1991). No caso de citação literal esta deve ser acrescida da(s) página(s) citada(s). Exemplo: (Dor, 1991, p. 35) ou (Dor, 1991, pp. 35-37).

2. Citação de artigo de autoria múltipla a) Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido. Exemplo: Guattari e Rolnik (1996) ou (Guattari & Rolnik, 1996) b) Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira citação; da segunda citação em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e do ano, caso seja a primeira citação no parágrafo. Exemplo: Guattari, Deleuze e Rolnik (1996) ou (Guattari, Deleuze, & Rolnik, 1996) c) Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e do ano. Porém, na seção de Referências, todos os nomes

dos autores deverão ser relacionados, se forem até 7 autores. Exemplo: Costa et al. (2000).

3. Citações de obras antigas e reeditadas: Utilize o seguinte formato: Autor (ano de publicação original/ano de publicação consultada). Exemplo: (Freud, 1905/1996). No caso de citação literal, esta deve ser acrescida da(s) página(s) citada(s). Exemplo: (Freud, 1905/1996, p. 25) ou (Freud, 1905/1996, pp. 25-29).

4. Citação de um mesmo autor com a mesma data de publicação: acrescentar uma letra minúscula após a data da obra consultada. Exemplo: (Freud, 1905/1996a), (Freud, 1908/1996b) ou Rogers (1973a), Rogers (1973b).

5. Citação secundária: Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Evite este tipo de citação, mas ao fazê-lo, coloque o sobrenome do autor original seguido do ano da publicação original entre parênteses, da expressão “citado por” seguida da obra realmente consultada e do ano de publicação. Na seção de referências, citar apenas a obra consultada. NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, recuado 1,25cm da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhada e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de trechos de uma fonte original deve ser indicada por reticências (...). A inserção de material, tal como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso]. Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA. Abreviações em Latim: Use as seguintes abreviações de Latim apenas em texto entre parênteses; em texto sem parênteses, use a tradução em português destes termos: cf. = compare; i.e. = isto é; e.g. = por exemplo; viz. = ou seja; etc. = e assim por diante; vs. = versus, contra. Notas de rodapé: Devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas no texto por algarismos arábicos sobrescritos e apresentadas na mesma página.

D. Referências Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA e formatação indicada nos exemplos abaixo. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui. Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize a ordem cronológica das datas de publicação. No caso de múltiplos estudos do mesmo autor e do mesmo ano, utilize a ordem alfabética do título. No caso de obras seriadas do mesmo ano de publicação (por exemplo, *Obras Completas de...*) coloque as referências na ordem da coleção (vol. 1, vol. 2, etc.). Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos ***de*** ***referências:***

1. Artigo de revista científica paginado por fascículo: Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus group. *British Medical Journal*, 311(7000), 299-302. Hüning, S. M., & Guareschi, N. M. F. (2005). O que estamos construindo: Especialidades ou especialismos? *Psicologia & Sociedade*, 17(1), 89-92.

2. Artigo de revista científica aceito para publicação: Indicar, no lugar do ano, que o artigo está in press. Incluir o nome do periódico em itálico após o título do artigo. Referir data e números do volume, fascículo ou páginas, caso disponíveis. No texto, citar o artigo indicando que está in press.

3. Livros: Silva, R. N. (2005). *A invenção da psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes. Foucault, M. (1994). *O nascimento da clínica* (4a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. Klein, M., & Riviere, J. (1975). *Amor, ódio e reparação: As emoções básicas do homem do ponto de vista psicanalítico* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago.

4. Capítulo de livro: Cruz Neto, O. (1998). O trabalho de campo como descoberta e criação. In M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (10a ed., pp. 51-66). Petrópolis, RJ: Vozes. Maraschin, C. (2005). Redes de conversação como operadores de mudanças estruturais na convivência. In N. M. C. Pellanda, E. T. M. Schlünzen, & K. Schlünzen Jr. (Orgs.), *Inclusão digital: Tecendo redes afetivas/cognitivas* (pp. 135-143). Rio de Janeiro: DP & A.

5. Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais: Todorov, J. C., Souza, D. G., & Bori, C. M. (1992). Escolha e decisão: A teoria da maximização momentânea

[Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de comunicações científicas, *XXII Reunião Anual de Psicologia* (p. 66). Ribeirão Preto, SP: SBP. A citação das páginas é desejável, mas pode ser omitida em casos especiais.

6. Teses ou dissertações: Dal Molim, F. (2002). *Autopoiese e sociedade: A rede integrada de serviços da Restinga na teoria dos sistemas vivos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.

7. Obra antiga e reeditada em data muito posterior: Castel, R. (2001). *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário* (I. D. Poleti, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.

(Originalmente publicado em 1995) Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 3-66). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905). Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 16: De um Outro ao outro* (1968-69). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. **Em caso de mais de uma obra com a mesma data**

diferenciar por letras: Freud, S. (1996a). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905). Freud, S. (1996b). Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1908). **OBS:** As letras devem ser distribuídas seguindo o Volume da publicação e, se mesmo Volume, a data da publicação original.

8. Autoria institucional: American Psychological Association. (1994). *Publication manual* (4th ed.). Washington, DC: Author.

9. Comunicação pessoal: Pode ser carta, mensagem eletrônica, conversa telefônica ou pessoal. Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. (L. J. B. Danziato, 2014) Atenção: Não inclua nas referências, mas como uma nota de rodapé, indicando tratar-se de uma Comunicação pessoal.

10. Leis: Lei nº 13.647 de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm

11. Relatório técnico ou governamental: Instituto de Pesquisa Econômica e a Aplicada

[IPEA]. (2016). *Os novos dados do Mapeamento de Economia Solidária no Brasil: Nota metodológica e análise das dimensões socioestruturais dos empreendimentos*. Brasília: IPEA. Recuperado de http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7410/1/RP_Os%20Novos%20dados%20do%20mapeamento%20de%20economia%20solid%C3%A1ria%20no%20Brasil_2016.pdf

E. Anexos Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página, indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

F. Tabelas e Figuras Devem ser elaboradas em formato de tabelas do WORD e de acordo com as normas da APA. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente. Digite o título da tabela à esquerda, imediatamente abaixo, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas. Figuras devem ser enviadas em formato de arquivo JPG e apresentadas em uma nova página. Não devem exceder 15 cm de largura por 20cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda, em itálico, na primeira linha abaixo da figura, seguida do número correspondente e do título com ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

Verificação de diretrizes para submissão

A submissão de textos em qualquer categoria só será possível mediante a confirmação do autor, através de carta de submissão assinada e escaneada. Certifique-se de que: 1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista. 2. Os arquivos para submissão estão em formato WORD ou LIBREOFFICE. 3. O conteúdo está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição) e adaptações adotadas por este periódico. 4. O texto está em espaço duplo, em fonte Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda e com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridas tabelas e figuras. 5. O documento submetido não excede 30 páginas (Relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas de literatura), 12 páginas (Resenhas de livros ou filmes), 15 páginas (Entrevistas) com todas as margens iguais a 2,5 cm. 6. Todos

os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos e levam diretamente ao documento citado. 7. O nome do autor e instituição foram removidos das "Propriedades do documento" e não constam no texto quaisquer formas de identificação do(s) autor(es). O descumprimento de qualquer um desses itens é suficiente para a recusa inicial do material, motivo pelo qual recomendamos aos autores que façam minuciosa revisão de seus manuscritos, antes da submissão. Enfatizamos que manuscritos recusados duas vezes por inadequação a esses itens não serão novamente recebidos. Caso o artigo seja aceito para publicação na revista, os autores deverão informar o número do **ORCID** para publicação.