

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO  
ALEGRE – UFCSPA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Gabriela Nunes Maia**

**SAÚDE MENTAL E LUTO MATERNO: Possíveis  
Repercussões sobre o Desenvolvimento do Bebê**

**UFCSPA**

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

**Porto Alegre**

**2021**

Gabriela Nunes Maia

## **Saúde Mental e Luto Materno: Possíveis Repercussões sobre o Desenvolvimento do Bebê**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Doutora.

Orientador: Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski

Coorientadora: Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira

Porto Alegre

2021

Maia, Gabriela Nunes

Saúde Mental e Luto Materno : Possíveis Repercussões sobre o Desenvolvimento do Bebê / Gabriela Nunes Maia. -- 2021.

212 f. : 30 cm.

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

Orientador(a): Daniela Centenaro Levandowski ;  
coorientador(a): Denise Ruschel Bandeira.

1. Maternidade. 2. Relação mãe-bebê. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Luto materno. 5. Perda de filho. I. Título.

*À minha família,  
Ricardo, Giane e Bárbara.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a minha família-amor – pai (*in memoriam*), mãe e Bá – sem vocês, eu nada seria.

Aos meus amados avós – vô Adalto e vó Nadir (*in memoriam*), vó Teresa (*in memoriam*) e vô Ari (*in memoriam*).

Ao Rafael, pela parceria, apoio e incentivo e a nossa família expandida Raquel, Elaine e Thomaz.

Ainda sobre família do coração e da vida, a Dinda Verônica sempre muito presente, nos dando muita força e amor. À Ivone e à Aloma por serem companheiras maravilhosas. À Dani e o Paulo por se mostrarem sempre presentes e zelosos. À Sônia pela compreensão, delicadeza e força. À Élide pela presença constante, mesmo diante de muitas dificuldades.

Às profissionais excepcionais Claudine, Suzana e Silvana. Sem deixar de mencionar um time de mulheres competentes e muito sensíveis Emanuele Nazário, Márcia Amaral, Kamila Caldas e Caroline Milani.

Aos queridxs amigxs da graduação, em especial Luana Souza, Thalita, Diogo e Kellyn.

Aos muitos presentes que o grupo NEEDS me deu, entre elas a Luíza Vernier – sem a Lu não teria nem iniciado o doutorado –, a Luíza Guazzelli pela parceria de sempre, a Milene Martini pelo apoio e confiança. Com toda a certeza do mundo não conseguiria colocar os nomes de todxs que fizeram diferença nessa caminhada – tanto de membros atuais, quanto pessoas que já seguiram por outros caminhos. Sou muito grata a todxs vocês!

A minha orientadora, Dani muito obrigada por acreditar em mim, me incentivar, ser exemplo em condutas éticas e profissionais e, ao mesmo tempo, se mostrar tão humana.

A minha coorientadora Denise por ter aceitado o convite, por ter me ensinado tanto em tão pouco tempo, e ao Euclides pela ajuda nas análises.

Às mães que se disponibilizaram a participar da pesquisa e são o verdadeiro motivo de investigarmos essas questões relativas à relação mãe-bebê, ao luto materno e o desenvolvimento de seus filhos.

A Aracelli Moreira e ao seu Leãozinho, grata pelo livro e pelos e-mails trocados. Às inúmeras escritoras e escritores que, cada um à sua maneira, escreveram livros sobre

suas experiências pessoais de casos de luto e de perda. Todxs vocês fizeram diferença na construção do meu percurso.

À minha universidade-casa UFCSPA – pública, federal e gratuita – que conseguiu e consegue tornar muitos sonhos em realidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por todo o apoio recebido.

*when my daughter is living in my belly  
i will speak to her like  
she's already changed the world  
she will walk out of me on a red carpet  
fully equipped with the knowledge  
that she's capable of  
anything she sets her mind to*

*rupy kaur*

## RESUMO

Esta Tese de Doutorado objetivou avaliar o desenvolvimento de bebês de seis a 24 meses de vida, buscando verificar possíveis repercussões de aspectos emocionais maternos, em especial, de vivências de perda prévia de filho e de luto materno, sobre o desenvolvimento emocional. Cabe ressaltar que, nesta Tese, “experiência de perda de filho” foi definida como qualquer perda ocorrida desde a gestação até a primeira infância (6 anos). Foram construídos três artigos para elucidar este objetivo. O primeiro artigo é uma revisão sistemática (PROSPERO nº CRD42019135655) que buscou investigar possíveis repercussões do luto materno seguida da morte de um filho, durante a gestação, período perinatal e/ou na primeira infância, no desenvolvimento do bebê nascido subsequentemente à perda. Foram seguidas as recomendações PRISMA para a condução do estudo. Dentre os registros localizados, sete artigos foram selecionados e analisados pelo STROBE. Os resultados mostraram-se inconclusivos, uma vez que tanto se constatou associação entre apego inseguro e desorganizado e dificuldades no desenvolvimento motor do bebê nascido subsequentemente à perda, quanto nenhuma associação entre tipo de apego do bebê e luto materno. No segundo artigo, empírico, de caráter misto, buscou-se compreender o processo de luto de quatro mulheres que possuíam filhos nascidos antes e depois de uma perda gestacional (PG), a fim de investigar o potencial traumático desta perda, considerando as perspectivas de Winnicott e Ferenczi, e analisar as eventuais repercussões deste processo na vivência da maternidade. Além de Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSC), do *Brief Symptom Inventory* (BSI) e do *Prolonged Grief Disorder-13* (PG13), as mães foram entrevistadas. Analisou-se pela técnica de síntese de casos cruzados. Verificou-se que as mães tanto sentiram que perderam um filho e vivenciaram processo de luto quanto não sentiram e não referiram ter vivenciado luto em decorrência da PG. Observou-se o potencial traumático na vivência da PG, porque nem todas as mulheres experenciam a PG como perda de filho, embora sofram emocionalmente devido a perda. A imaterialidade da PG propicia uma abertura à vulnerabilidade psíquica, podendo repercutir por meio de modificações emocionais na vivência da maternidade. Destacou-se o papel da espiritualidade e da presença de filhos nascidos anteriormente à perda na vivência da PG. Por fim, no terceiro artigo, também empírico, realizou-se um estudo quantitativo e transversal com o objetivo de avaliar associações entre variáveis maternas

(presença de perda de um filho desde a gestação até a primeira infância, presença de luto prolongado e aspectos psicopatológicos) e sintomas psicofuncionais (SP) em bebês de seis a 24 meses nascidos após esta perda. A amostra foi composta por 598 díades mãe-bebê. Destas 23% das mães experienciaram algum tipo de perda de filho. Para a coleta de dados, utilizaram-se QSC, Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê, BSI, Escala Revisada de Ajustamento Conjugal, Questionário sobre Situações de Perda e Luto Materno e o PG13. Realizou-se estatística descritiva, teste t de *Student* e testes *qui-quadrado* para comparação entre grupos de mães com e sem histórico de perda de filho e, por fim, análises de covariância (ANCOVA) com intuito de verificar quais variáveis poderiam ser preditoras de SP nos bebês. Observou-se que mães que perderam um filho não apresentaram mais sintomas psicopatológicos (BSI) do que aquelas que não perderam. Contudo, elas perceberam maior quantidade de sintomas psicofuncionais nos seus filhos nascidos subsequentemente à perda, quando comparados aos bebês de mães sem essa vivência. Além disso, a percepção da qualidade do ajustamento conjugal para as mães do estudo associou-se com a qualidade da saúde mental materna (menor presença de sintomas psicopatológicos). Dessa forma, verifica-se que a experiência de perda de filho seguida pelo nascimento de um novo bebê pode ser complexa e vivenciada das mais diferentes maneiras pelas mulheres. Além disso, a maternidade após a perda parece estar permeada por maiores preocupação da mulher frente a questões de desenvolvimento precoce do bebê, ao mesmo tempo em que o bebê pode estar sinalizando um descompasso na díade mãe-bebê, através de mais SP. Com base nos três estudos que compuseram a Tese, foi possível concluir que a perda de filho é um tema delicado, complexo e multifacetado. Parece existir repercussão da perda prévia de filho na relação mãe-bebê, contudo ainda existem lacunas a serem exploradas. Novos estudos devem empregar avaliação de outras dimensões do desenvolvimento do bebê, bem como considerar acompanhar algumas variáveis ao longo do tempo para a compreensão do processo de enlutamento materno decorrente de perda de filho, tais como o desenvolvimento infantil e a saúde mental materna. Ainda, a adaptação ou criação de novos instrumentos para a avaliação do enlutamento materno mostram-se necessários.

**Palavras-chave:** Maternidade; Relação mãe-bebê; Sintomas Psicofuncionais; Desenvolvimento infantil; Luto materno; Perda de filho.

## ABSTRACT

This Doctoral Thesis aimed to evaluate the development of babies from six to 24 months old, seeking to verify possible repercussions of maternal emotional aspects, in particular, experiences of previous loss of a child and maternal grief, on infant emotional development. It is important to point out that, in this Thesis, the experience of child loss was defined as any loss occurring from pregnancy to early childhood (6 years old). Three articles were created to accomplish this purpose. The first article, aimed to examine in a systematic review (PROSPERO registration number CRD42019135655) the possible repercussions of maternal grief followed by the death of a child, during pregnancy, perinatal period, and/or early childhood, on the development of the baby born after the loss. PRISMA recommendations were followed to conduct the study. Among records located, seven studies were selected for analysis, and quality of the articles was evaluated by STROBE. The findings were inconclusive because some studies suggested that the loss of a child was associated with insecure or disorganized infant attachment and impaired development of language and socialization. However, other studies suggested absence of association with loss of a child and insecure or disorganized infant attachment and impaired motor development of subsequent infant. In the second, empirical article, of mixed character, aimed to understand the grieving process of four women who had children born before and after a pregnancy loss (PL), in order to investigate the traumatic potential of this loss, considering the perspectives of Winnicott and Ferenczi, and to analyze the possible repercussions of this process on the experience of motherhood. In addition to a Sociodemographic and Clinical Questionnaire (SCQ), the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Prolonged Grief Disorder-13 (PG13), the mothers were interviewed. In the analysis, the cross-case synthesis technique was employed. It was found that the mothers both felt they had lost a child and experienced the grieving process, and did not feel and did not report having experienced grieving as a result of PL. The immateriality of PL provides an opening to psychic vulnerability, which can have repercussions through emotional and behavioral changes in the experience of motherhood. The role of spirituality and the presence of children born before the loss in the experience.

Finally, in the third article, also empirical, a quantitative and cross-sectional study was carried out with the aim of evaluating associations between maternal variables

(presence of a child loss from pregnancy to early childhood, presence of prolonged grief and psychopathological aspects) and psychofunctional symptoms (PS) in infants aged six to 24 months born after this loss. The sample composed of 598 mother-infant dyads. Of these, 23% of mothers experienced some type of child loss. For data collection, it used a SCQ, Baby Somatic Symptoms Questionnaire (SSQ), BSI, Revised Marital Adjustment Scale (R-DAS), Maternal Loss and Grief Questionnaire and PG13. Descriptive statistics, Student's t-test and chi-square tests were used to compare groups of mothers with and without a history of child loss and, finally, analysis of covariance (ANCOVA) to verify which variables could be predictors of SP in babies. It was observed that mothers who lost a child did not have more psychopathological symptoms (BSI) than those who did not. However, they noticed a greater amount of PS in their children born subsequent to the loss, when compared to the babies of mothers without this experience. In addition, the perception of the quality of marital adjustment for the mothers in the study was associated with the quality of maternal mental health (lower presence of psychopathological symptoms). Thus, it is verified that the experience of losing a child followed by the birth of a new baby can be complex and experienced in the most different ways by women. Moreover, motherhood after the loss seems to be permeated by women's greater concern regarding issues of early baby development, while the baby may be signaling the lack of consistency base in the mother-infant dyad, through more SP. Based on the three studies that composed this Thesis, it was possible to conclude that the loss of a child is a delicate, complex and multifaceted subject. There seems to be repercussion of the previous loss of a child on the mother-infant relationship, however there are still gaps to be explored. Further studies are required to assess other dimensions of the baby's development, as well as consider monitoring some variables over time to understand the process of maternal bereavement resulting from the loss of a child, such as child development and maternal mental health. Still, the adaptation or creation of new instruments for the assessment of maternal mourning and grief is necessary.

**Keywords:** Motherhood; Maternal-Baby relations; Psychofunctional symptoms; Infant development; Maternal grief; Loss of a child.

## LISTA DE ABREVIATURAS

B	Bebê foco da pesquisa
BAI	Inventário Beck de Ansiedade
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck – Segunda Edição
BSI	<i>Brief Symptoms Inventory</i>
CAPS	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
COVID19	<i>Corona Virus Disease 19</i>
IDADI	Inventário Dimensional de Desenvolvimento Infantil
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar
GPS	Grupo de Pesquisas em Psicologia e Saúde
GEAPAP	Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica
F	Filho mais velho
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
M	Mãe
MINI-Plus	Mini International Neuropsychiatric Interview
MS	Ministério da Saúde
NEEDS	Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBI	<i>Parental Bonding Instrument</i>
PBQ	<i>Parental Bereavement Questionnaire</i>
PG	Perda gestacional
PG13	<i>Prolonged Grief Disorder-13</i>
PROJETO LUTO	"Fatores de Risco para Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens: Foco na Idade, na Saúde Mental e no Luto Materno"
R-DAS	Escala Revisada de Ajustamento Conjugal
SCL	<i>Symptom Check-List</i>
SCL-R	<i>Symptom Check-List Reduzido</i>
SIDS	<i>Sudden Infant Death Syndrome</i>
SINBEBÊ	Projeto "Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação"

SINBEBÊ Jovem	Projeto “Avaliação de Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens”
SMM	Saúde Mental Materna BA
SMSL	Síndrome da Morte Súbita do Lactente
SMSPA	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SP	Sintomas Psicofuncionais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
2.1 RELAÇÃO MÃE-BEBÊ E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ NO CONTEXTO DE SITUAÇÕES DE PERDA E DE LUTO MATERNO.....	18
2.2 A MATERNIDADE E SAÚDE MENTAL MATERNA NO CONTEXTO DE PERDA E LUTO DE UM FILHO.....	21
2.3 PANDEMIA COVID19 E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES PARA A DÍADE MÃE-BEBÊ .....	25
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
4.1 OBJETIVO GERAL DA TESE .....	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA TESE .....	33
4.2.1 <i>Artigo 1: Association between maternal bereavement and early childhood development: A systematic review.....</i>	33
4.2.2 <i>Artigo 2: Luto pela perda de um filho durante a gestação e as repercussões do traumático na maternidade: Estudo de casos múltiplos com dados contrastantes.....</i>	33
4.2.3 <i>Artigo 3: Luto e Saúde Mental Materna: Possíveis Repercussões sobre o Desenvolvimento Emocional do Bebê.....</i>	34
<b>5 ARTIGO 1: ASSOCIATION BETWEEN MATERNAL BEREAVEMENT AND EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT: A SYSTEMATIC REVIEW.....</b>	<b>35</b>
<b>6 ARTIGO 2: LUTO PELA PERDA DE UM FILHO DURANTE A GESTAÇÃO E AS REPERCUSSÕES DO TRAUMÁTICO NA MATERNIDADE: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS COM DADOS CONTRASTANTES .....</b>	<b>41</b>
<b>7 ARTIGO 3: LUTO E SAÚDE MENTAL MATERNA: POSSÍVEIS REPERCUSSÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DO BEBÊ.....</b>	<b>42</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA) Nº 3.334.846 .....</b>	<b>67</b>

<b>ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA) Nº 4.066.113 .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE (UFCSPA) Nº 4.218.378 .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE (SMSPA) Nº 3.366.814 .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDO I: INSTRUMENTOS QUANTITATIVOS) .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA) .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (SURVEY MONKEY) .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO H – BSI (VERSÃO PORTUGUESA; CANAVARRO, 1999) .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO I – BSI (VERSÃO ADAPTADA PELO NEEDS) .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO J – ESCALA REVISADA DE AJUSTAMENTO CONJUGAL (R-DAS).....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO K – PG13.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO L – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO M – QUESTIONÁRIO SOBRE VIVÊNCIAS DE PERDAS .....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO N – QUESTIONÁRIO SURVEY MONKEY – APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>110113</b>
<b>ANEXO O – QUESTIONÁRIO SURVEY MONKEY .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO P – JOURNAL OF CHILD AND FAMILY STUDIES – REGRAS PARA SUBMISSÃO.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO Q – PSICOLOGIA CLÍNICA – REGRAS PARA SUBMISSÃO .....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXO R – OMEGA – JOURNAL OF DEATH AND DYING – REGRAS PARA SUBMISSÃO.....</b>	<b>147</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

O objetivo desta Tese de Doutorado foi avaliar o desenvolvimento de bebês de seis a 24 meses de vida, buscando verificar as repercussões de aspectos emocionais maternos e de vivências de perda e luto das mães sobre os diferentes âmbitos do desenvolvimento. Esta seção apresenta brevemente o percurso acadêmico que levou à construção desta Tese.

Sou psicóloga graduada pela UFCSPA e realizei o Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da mesma universidade, sob orientação da Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski. Sempre tive muito interesse sobre questões relacionadas ao desenvolvimento humano, à relação mãe-bebê, à avaliação psicológica e aos processos de saúde relacionados a medidas de promoção e de prevenção à saúde.

Durante a graduação participei, como aluna de iniciação científica, de um projeto de pesquisa que tratava da maternidade adolescente na presença do HIV, coordenado pela Profa. Daniela. Também, durante esse mesmo período, tive a oportunidade de realizar atividade de observação mãe-bebê, pelo método Bick, durante o primeiro ano de vida de um bebê, como parte de um estágio profissional. No Mestrado, me identifiquei com os temas das pesquisas desenvolvidas por integrantes do Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde (NEEDS UFCSPA), grupo de pesquisa de que faço parte, que tem como coordenadora a Profa. Daniela. Naquele momento, no NEEDS, estava sendo finalizado o projeto "*Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação*" – SINBEBÊ (Levandowski, Frizzo, Lopes, Marin, & Donelli, 2012), realizado em parceria com professoras da UFRGS e da UNISINOS. Este projeto incluía mães adultas com bebês de seis a 18 meses de idade, para a avaliação de sintomas psicofuncionais. Devido a não inclusão do público jovem, pensou-se em realizar um projeto semelhante voltado a mães de menor idade. Assim, criou-se o projeto "*Avaliação de Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens*" – SINBEBÊ Jovem (Levandowski, Frizzo, Donelli, & Marin, 2014), que tinha com foco a investigação de sintomas psicofuncionais em bebês de seis a 18 meses, filhos de mães jovens (13 a 24 anos). Foi a partir desse projeto de pesquisa que surgiu o meu projeto de Dissertação de Mestrado, que teve como objetivo avaliar e compreender a presença de sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens.

Durante as coletas junto às mães jovens realizadas no Mestrado, acessei casos em que as participantes tinham vivenciado perda de filho – situações de aborto, de bebê natimorto e de bebês com mais de um ano de vida – e, também, perda de pessoas com as quais tinham um vínculo importante. Estas perdas, de alguma forma, pareciam estar atravessadas no processo de construção da maternidade, por mais que tenham acontecido antes do nascimento do bebê que era foco da pesquisa. Essas situações, em alguns casos, impactaram direta ou indiretamente a relação mãe-bebê e, por consequência, o desenvolvimento do bebê. A partir dessa experiência, em discussões com a Profa. Daniela, foi construído o projeto intitulado “*Fatores de Risco para Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens: Foco na Idade, na Saúde Mental e no Luto Materno*” – PROJETO LUTO (Levandowski, Frizzo, Donelli, Maia, Vescovi & Wendland, 2020) do qual deriva a minha Tese.

Concomitantemente à consolidação do PROJETO LUTO, a Profa. Dra Denise Ruschel Bandeira estava coordenando um projeto de construção e validação de um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil para o contexto brasileiro que acabou sendo adicionado ao PROJETO LUTO ainda quando o instrumento estava em processo de estruturação. A partir disso, a Profa. Denise passou a ser coorientadora do meu Doutorado.

O meu Projeto do Doutorado especificamente foi elaborado com o intuito de investigar e compreender a vivência de perda e de luto de mães e avaliar o desenvolvimento e a presença de sintomas psicofuncionais de bebês nascidos subsequentemente a essas vivências de perda, com idade entre 6 e 24 meses, a fim de verificar em que medida aspectos emocionais e vivências de perda e luto das mães podem repercutir no desenvolvimento de seus bebês.

Para dar conta deste objetivo, foram construídos três artigos que compõem esta Tese: um de revisão sistemática, que foi submetido à revista *Midwifery*; um estudo empírico com metodologia mista (quali e quantitativa), que será submetido à revista *Journal of Child and Family Studies*; e outro empírico, de caráter quantitativo com vistas a submissão à revista *Journal of Psychosomatic Research*. Consta, a seguir, uma breve Introdução, que contempla a temática central da Tese, seguida da seção de objetivo e justificativa. Após, são apresentados os três artigos e, por fim, as considerações finais da Tese.

Destaca-se que, para além dos três artigos aqui apresentados, durante o percurso do Doutorado, em função de minha condição de bolsista da CAPES, me envolvi na elaboração de artigos, uma cartilha e um capítulo, listados a seguir:

Levandowski, D.C.; Marin, A.H.; Frizzo, G.B.; Donelli, T.M.S.; **Maia, G.N.** (2020). Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Caracterização e Avaliação. In.: PROPSICO - Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: Ciclo 4/ Organizado pela Sociedade Brasileira de Psicologia; organizadores, Gorayeb, R.; Miyazaki, M.C.; Teodoro, M. Porto Alegre: Artemed Panamericana

Levandowski, D.C.; Frizzo, G.B.; Donelli, T. M.S.; Marin, A.H.; **Maia, G.N.**; Silva, F. S. (2018). Cartilha para profissionais da saúde: Sintomas somáticos funcionais em bebês – O que são? Como identificar? Como intervir. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/nufabe/wp-content/uploads/2019/02/Cartilha-Sinbebe-2018.dez .pdf>

Vescovi, G.; Flach, K.; Teodózio, A. M.; **Maia, G.N.**; Levandowski, D.C. (2021). Políticas brasileiras sobre saúde mental materno-infantil: Perspectiva Psicológica. Cadernos Saúde Coletiva. [Aceito para publicação, em 24/11/2020].

Ainda, me envolvi na coorientação do Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da aluna Luiza Guazzelli da Costa Rodrigues, intitulado “*Conjugalidade e sintomatologia psicofuncional em bebês de mães jovens: Estudo qualitativo comparativo*”, que foi concluído em 2018 e que está sendo formatado para submissão.

## 2 INTRODUÇÃO

Para dar conta do tema geral desta Tese, aborda-se a seguir a relação mãe-bebê e o desenvolvimento do Bebê em situações de perda e de luto materno; a maternidade e a saúde mental materna no contexto de perda e luto de um filho; e, por fim, questões vinculadas à pandemia de COVID-19 e possíveis implicações para a díade mãe-bebê, uma vez que a maioria dos dados desta Tese foram coletados durante este período de pandemia e distanciamento social.

Primeiramente são apresentadas as premissas teóricas de autores clássicos da Psicologia do Desenvolvimento, que descreveram a importância das primeiras relações para a constituição psíquica do bebê e que também impactarão o desenvolvimento na primeira infância. Ainda nessa parte, apresenta-se um breve panorama dos estudos realizados nacional e internacionalmente sobre o desenvolvimento do bebê e sobre a saúde mental materna em situações de perda e de luto. A presença de situações de perda e luto materno tem se mostrado um fator de risco ao desenvolvimento global do bebê.

Na segunda parte, o foco é a questão da maternidade e da saúde mental materna diante de experiências de perda e luto, por meio de estudos nacionais e internacionais que abordam as características dessa experiência que pode fragilizar emocionalmente a mãe e impactar negativamente na sua saúde mental e na sua maternagem. Finalmente, na terceira parte, faz-se uma breve compilação sobre a maternidade no contexto da pandemia do COVID19 e suas possíveis implicações para a relação mãe-bebê.

### 2.1 RELAÇÃO MÃE-BEBÊ E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ NO CONTEXTO DE SITUAÇÕES DE PERDA E DE LUTO MATERNO

Na primeira infância, o desenvolvimento infantil depende muito do ambiente em que o bebê vive – que inclui a família, as heranças familiares e genéticas de cada um dos pais, a qualidade do relacionamento conjugal, o contexto histórico, político e econômico, mas especialmente a relação estabelecida com o(as) responsável(is) mais próximo, que, na maioria das vezes em nosso contexto, é a mãe (Winnicott 1956/2000, 1968/1999, 1952/2000, 1960/1990; Bion, 1973; Bolwby, 1989). Esses fatores, juntamente com as características inatas e de personalidade do bebê,

poderão funcionar como “ferramentas” para que ele cresça e se desenvolva como sujeito (Bick, 2002; Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Spitz, 1998; Stern, 1997; Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975; Winnicott, 1967/1989, 1975).

O desenvolvimento infantil compõe-se não apenas de questões emocionais e sociais, mas também de questões neurológicas, motoras, cognitivas e de linguagem (Marcelli & Cohen, 2016). Poucos estudos na literatura nacional e internacional avaliam bebês e crianças pequenas (Rubio-Codina et al, 2016). Com a finalidade de avaliar o desenvolvimento infantil na primeira infância, alguns estudos abordaram diferentes aspectos dentre todos os que compõem esse processo. Por exemplo, um estudo realizado no Paquistão por Rasheed et al. (2017), utilizando como instrumento o *MacArthur Communicative Development Inventory II-Short Form*, avaliou a linguagem em crianças de dois anos de idade. O estudo de Flensburg-Madsen e Mortensen (2017), realizado na Dinamarca, buscou avaliar aspectos do pré e pós-parto que influenciam o desenvolvimento motor no primeiro ano de vida do bebê. Já o estudo observacional conduzido por O'Neal et al (2017), nos Estados Unidos, avaliou o impacto do comportamento parental, em especial a responsividade materna, utilizando a técnica da "*High Chair*", no desenvolvimento cognitivo e emocional de bebês com 14 meses de idade. Outro exemplo é o estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos por Orth (2017), que avaliou se a qualidade do ambiente de crianças pequenas (qualidade dos cuidados dos pais, estimulação cognitiva e a estrutura física do ambiente familiar) influencia na autoestima aos 27 anos de idade. O estudo de Polanska et al (2017), realizado na Austrália, verificou que, quando a mãe vivenciava momentos de estresse durante o período gestacional, o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê apresentava algum atraso aos dois anos de vida. Também o estudo de Karam et al (2016), realizado no Canadá, constatou que estresse de ambos os pais no período pós-parto estava relacionado com baixa qualidade no desenvolvimento motor e socioemocional aos 12 meses do bebê. Na Polônia, Bialecka-Pikul et al (2018) investigaram o comportamento de autorregulação de bebês em dois momentos (18 e 24 meses de vida) através da técnica "*Snack Delay Task*".

Nesses breves exemplos, pode-se observar que existe uma ampla gama de investigações a respeito do desenvolvimento infantil, com enfoques diferentes e, muitas vezes, não interligados. Contudo, ainda permanecem muitas discussões na literatura sobre quais fatores seriam fundamentais para o processo de desenvolvimento infantil.

Sabe-se que, quando alguns aspectos do ambiente mais amplo, dos cuidadores ou mesmo características da criança apresentam fragilidade ou prejuízo, o desenvolvimento emocional infantil pode ficar comprometido em diferentes níveis. Como a constituição psíquica do bebê não está completa nos primeiros tempos de vida, muitas vezes ele não possui capacidade para suportar alguma falta ou falha do ambiente, que, por sua vez, acaba tendo um potencial maior de impacto sobre o desenvolvimento (Winnicott, 1956/2000, 1968/1999, 1952/2000, 1960/1990; Mahler, 1982; Marcelli & Cohen, 2016).

Dessa forma, o bebê, não tendo recursos para comunicar o desequilíbrio que sente em seu contexto, pode adoecer (Bleichmar, 1994), como uma tentativa inconsciente de pedir ajuda. Tendo isso em vista, a psicopatologia precoce configura-se como uma condição delicada e importante, porque o desequilíbrio psicológico na primeira infância pode significar a formação de uma constituição psíquica fragilizada, podendo repercutir ao longo de toda a vida do sujeito (Ammitzboll et al., 2016; Kupfer et al., 2009). Por outro lado, se detectado em seu momento inicial e tratado adequadamente, pode ser revertido e/ou atenuado (Kreisler, 1978; Mellier, 2014).

A presença de ao menos uma experiência de perda na vida da mãe, seja de perda de um bebê ainda no período gestacional ou perinatal (Krosch & Shakespeare-Finch, 2017; Ridaura, Penelo & Raich, 2017; Diamond, Chou & Bonis, 2020), de um filho ainda na primeira infância ou mais velho (Martincekova & Klatt, 2017; Wall-Wieler, Roos & Bolton, 2018; Gerrish & Bailey, 2020), da perda do companheiro e/ou pai do bebê, ou mesmo de alguém que desempenhe um importante papel na vida dela, pode se constituir em uma vivência que modifica e/ou interfere na relação estabelecida com o bebê que nasce após essa perda. Entende-se que uma mulher que perdeu um filho anteriormente, e/ou alguém importante em sua vida, em qualquer momento da vida, terá o relacionamento com seu bebê atravessado por essa perda, independentemente da maneira pela qual conseguiu vivenciá-la e significá-la (Treyvaud et al, 2016). Entretanto, existem poucas evidências na literatura sobre a experiência de luto e sua repercussão no exercício da maternidade, na relação com outros filhos, nascidos antes ou após a perda, e com a família como um todo (Barbosa, Melchiori, & Neme, 2011; Volgsten et al., 2018; Druget et al., 2018).

## 2.2 A MATERNIDADE E SAÚDE MENTAL MATERNA NO CONTEXTO DE PERDA E LUTO DE UM FILHO

Dentre os estudos localizados sobre a maternidade no contexto de perda e luto materno, Stiffler et al. (2016), nos Estados Unidos, buscaram descrever os sentimentos e a vivência de perder um filho de forma repentina e inesperada. Os pesquisadores encontraram três eixos centrais como características dessa vivência: 1) Grande choque emocional; 2) Sentir culpa; e 3) Trabalhar para seguir em frente. Tais eixos eram atravessados por culpa e sentimento de responsabilidade que, aos poucos, foram se enfraquecendo, na medida em que essas mães estavam sendo ouvidas e acolhidas pelos pesquisadores. Além disso, uma das mães ficou grávida durante a coleta de dados e, apesar de estar feliz, sentia medo frente ao que poderia vir a acontecer, o que reforça a necessidade de apoio psicológico diante dessas situações, que impactam a gestação e a chegada de um novo filho.

Outro estudo, de caráter etnográfico (Smorholm, 2016), realizado no Zâmbia, buscou conhecer o processo de luto materno diante da perda de um bebê no primeiro ano de vida. O pesquisador observou que culturalmente as mães eram encorajadas a não vivenciar o luto (não chorar, não se lembrar do bebê perdido, não expressar nenhum sentimento de perda), o que não significa que elas não sofram com essa experiência. Assim, os sentimentos ficavam encobertos, o que pode indicar capacidade psicológica – aprendida socialmente – para lidar com a perda e suportá-la, sem envolver outras pessoas; mas também pode esconder a dor, o sofrimento, representar uma negação e gerar sentimento de confusão. Dessa forma, verifica-se a necessidade de melhor compreender as experiências de luto de mães, para que possam ser de fato acolhidas, em virtude das repercussões que podem vir a ter na vida da mulher, de futuros filhos, de sua família e de outras pessoas próximas. Nesse sentido, considerando o foco desta Tese, o estudo de Abujaradeh, Mahmoud e Jarrad (2016), realizado na Jordânia, examinou a possível correlação entre luto materno em período perinatal e percepção de apego do bebê nascido após essa perda. Os autores identificaram uma relação negativa entre as variáveis, evidenciando o impacto do luto materno na relação com o bebê que nasce após a perda de outro bebê.

O impacto do luto pode ser observado em todas as áreas da vida da mãe: emocional, social, biológica e profissional (Hill et al., 2016; Gravensteen et al., 2018; Goldstein et al., 2018; Erato et al., 2021). No que tange ao impacto emocional, um

estudo americano com mulheres com idades entre 25 e 45 anos (Hill et al., 2016) identificou uma diminuição significativa da autoestima das mães que tinham vivenciado situação de bebê natimorto ou morte de filho, comparadas a mulheres que tiveram experiência de aborto ou não haviam vivenciado nenhuma perda. Cabe salientar que os autores observaram que a presença de um filho vivo, nos casos de perda de filho, representou um fator de proteção, no sentido de que o filho vivo (nascido anteriormente a perda) colaborou para a manutenção de níveis bons de autoestima. Outro estudo longitudinal norueguês (Gravensteen et al., 2018) verificou que mulheres que tinham tido a experiência de ter um bebê natimorto apresentavam altos índices de ansiedade e depressão na gestação subsequente à perda, comparadas com mulheres que tinham tido filhos vivos e não vivenciaram perda de filho. Os autores observaram uma queda dos sintomas de depressão e ansiedade nas idades entre seis e 18 meses de vida do bebê nascido subsequentemente. Entretanto, aos 36 meses de vida do bebê vivo houve um aumento significativo, novamente, desses sintomas. Tais achados evidenciam a necessidade de acompanhamento psicológico a longo prazo de mulheres que vivenciam perdas (LeBlanc et al., 2019). É possível pensar na natureza cíclica da vivência da perda e, em consequência, do luto (O'Leary & Warland, 2016), em que existem momentos em que a dor e as consequências do luto diminuem, mas, ao longo do tempo, podem vir a reaparecer. Ou, até mesmo, na ambiguidade da experiência do luto (Fucks, 2018) em que se confronta o vazio da perda da pessoa amada, com uma realidade que continua em funcionamento normalmente. Em relação a esse último aspecto, no estudo de Kokou-Kpolou, Megalakaki e Nieuviarts (2018) a ambiguidade do luto estaria mais associada ao momento perda do filho: se a perda acontece em um período mais avançado da idade gestacional, maior a probabilidade de existir um maior sofrimento psíquico e, consequentemente, de sintomas depressivos e de luto mal adaptativo, quando comparado a situações de aborto no início da gestação. Além disso, quando os pais enlutados conseguiram ter outro filho vivo e saudável, os sintomas de depressão e a presença de luto prolongado diminuía consideravelmente.

Um estudo realizado com 49 mães enlutadas, residentes na África do Sul, e com 307 mães enlutadas, participantes de organizações de suporte a pais dos Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia e Holanda (Goldstein et al, 2018), devido à Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL), constatou uma prevalência alta (50%) de transtorno de luto prolongado, avaliado por meio do *Parental Bereavement*

*Questionnaire* (PBQ) - uma adaptação do PG13 para situações de perda de um bebê. Essa condição de manutenção de luto mostrou-se presente mesmo quatro anos pós perda. Os autores também observaram sintomas diários de pensamentos intrusivos (*intrusive feelings*) de saudade e/ou desejo de reencontrar seu filho (*yearning*) e dor emocional (*emotional pain*). Essa condição de luto prolongado mostrou-se associada a dificuldades quanto ao sentimento de identidade, diminuição da autoestima - semelhante ao estudo Hill et al. (2016) citado anteriormente - e amargura ou raiva. Apesar de os autores não terem discutido como ficou a qualidade de vida dessas mães enlutadas, entende-se que possivelmente não apenas a mulher pode ter dificuldades diárias em relação a si própria, como também em relação aos seus filhos (nascidos antes ou após a essa perda), e a sua família como um todo. Um estudo realizado na França (Kokou-Kpolou, Megalakaki & Nieuviarts, 2018), com 98 mães enlutadas que perderam um filho no período perinatal, constatou a presença de sintomas depressivos e de luto prolongado, avaliado com a versão breve francesa da *Perinatal Grief Scale* (SVPGS), até 10 anos após a perda.

Dessa forma, se a mulher vivencia um luto prolongado e/ou de difícil elaboração, como evidenciado nos estudos de Goldstein et al (2018) e Kokou-Kpolou, Megalakaki e Nieuviarts (2018), este processo pode vir a desencadear um quadro psicopatológico ou mesmo pode estar associado à presença de comorbidades em saúde mental (Gravensteen et al., 2018; Kokou-Kpolou, Megalakaki & Nieuviarts, 2018). Da mesma forma, a presença de algum tipo de psicopatologia materna, oriunda ou não de uma situação de luto ou perda, pode impactar o exercício da maternidade (Silva, 2012; Erato et al., 2021).

Existem muitas evidências na literatura acerca do impacto da presença de experiências de estresse e/ou angústia causadas por eventos de vidas estressantes (perda de emprego, dificuldades financeiras, problemas de moradia), monoparentalidade, baixa qualidade do relacionamento conjugal/amoroso, suporte social insuficiente, como também por algum tipo de psicopatologia, tanto sobre a qualidade da maternagem, como também sobre o desenvolvimento global do bebê.

Em relação à qualidade da maternagem, o estudo qualitativo, descritivo e fenomenológico, realizado no Reino Unido (McLeish & Redshaw, 2017) com 47 mães participantes de projetos sociais – com inúmeras desvantagens, entre elas dificuldades socioeconômicas, minorias étnicas, inclusive imigrantes; com depressão/ansiedade; muito jovens; vivendo com HIV –, buscou compreender como

essas mulheres experienciaram a gestação e a transição para a maternidade em termos de bem-estar emocional sem e com o apoio do projeto. Essas mulheres relataram, em um primeiro momento (sem apoio), que suas dificuldades de vida de forma geral proporcionam sentimentos de baixa autoeficácia, baixa autoconfiança e baixa autoestima, sentimento de solidão e uma condição emocional ruim. Aparentemente essas dificuldades estavam circunscritas às suas condições emocionais. Contudo, segundo os autores, a partir da análise dos relatos maternos referentes ao período em que já contavam com o auxílio do projeto social, em que as mães relataram inúmeros benefícios, como por exemplo conexão social, autoconfiança, empoderamento, sentimento de serem ouvidas e de terem valor, redução do estresse e bem-estar ao poder compartilhar experiências emocionais com outras pessoas, percebe-se que inevitavelmente a maneira com que as mães se sentem emocionalmente e se relacionam com o mundo vai impactar na relação com seus bebês, ou seja, na sua maternagem.

Dentre a saúde mental materna, a depressão, seja relacionada ao pós-parto ou não, tem sido muito investigada nacional e internacionalmente, havendo evidências em relação ao seu impacto na maternidade, como já citado anteriormente, no desenvolvimento do bebê e no ambiente familiar como um todo. O estudo de Kawai et al (2017), realizado no Japão, corroborou essa premissa, ao demonstrar que sintomas de depressão pós-parto eram preditores de atraso na comunicação não-verbal de bebês de 14 meses. Outro estudo realizado na Austrália (Giallo et al, 2015), investigando as repercussões da sintomatologia depressiva durante a gestação e até o início da infância do bebê, identificou que filhos de mães com sintomas depressivos persistentes, de média e alta intensidade, estavam mais propensos a apresentar problemas emocionais e de comportamento ainda na primeira infância, quando comparados a filhos de mães sem ou com intensidade mínima desse tipo de sintoma. Por fim, um estudo realizado na França por Petit et al. (2016) verificou que sintomas depressivos e de ansiedade impactavam negativamente na relação mãe-bebê aos 12 meses de vida do bebê. No mesmo sentido, Moore et al (2016), nos Estados Unidos, verificaram que mães que apresentaram ansiedade durante a gestação apresentavam também menor sincronia na interação com o bebê quando ele completava seis meses, indicando o impacto também da ansiedade na relação mãe-bebê e, por consequência, no desenvolvimento infantil.

Apesar de tais aspectos da psicopatologia materna serem frequentemente investigados em pesquisas ao redor do mundo associados à presença de um processo de luto, muitos estudos focam apenas em sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse (Gravensteen et al., 2018; LeBlanc et al., 2019; Kokou-Kpolou, Megalakaki & Nieuviarts, 2018). Entretanto, pouco se sabe a respeito de outros sintomas que podem estar relacionados à saúde mental materna associada à presença de perdas e, por conseguinte, a situações de luto materno, como por exemplo a presença de sintomas psicossomáticos (Das et al., 2021), sofrimento psicológico (Adib-Rad et al., 2019), outras repercussões importantes na saúde mental de maneira ampla (Roberts et al., 2021), e sentimentos e/ou condições psicológicas mais relacionados com a Psicologia Positiva, como por exemplo a esperança (Alvarenga et al., 2021).

Quando se analisa as implicações da saúde mental materna em associação com a vivência de perda de filho e luto sobre o desenvolvimento infantil precoce, os resultados encontrados são escassos e inconsistentes na literatura acadêmica. Desse modo, a presente Tese buscará investigar conjuntamente esses aspectos. Contudo, considerando o contexto mundial atual, é imprescindível abordar a questão da pandemia, cujas repercussões podem se somar ao panorama apresentado até aqui, inclusive porque grande parte da coleta de dados para os artigos empíricos desta Tese aconteceu entre março de 2020 e junho de 2021.

### 2.3 PANDEMIA COVID19 E POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES PARA A DÍADE MÃE-BEBÊ

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o estado de pandemia em relação às infecções por COVID-19 (WHO, 2020). Entre as medidas para tentar diminuir o número de contaminações, houve a necessidade de isolamento social – manter-se em casa –, iniciar o uso de máscaras, manter os lugares de permanência arejados e a máxima limpeza de mãos e tudo o que se teria contato (WHO, 2020). No Brasil, a situação de isolamento não foi observada, e sim de distanciamento social, com contato reduzido entre as pessoas em virtude de mudanças na organização do trabalho, da vida escolar e da vida doméstica das famílias (Silva et al., 2020; Malta et al., 2020; Aquino et al., 2020).

Devido à forma como essa situação foi conduzida no Brasil, observou-se um aumento da desigualdade social (Pires, Carvalho & Xavier, 2020; Rafael et al., 2020)

e um crescimento considerável do índice de mortes em todo o país (Silva, Jardim & Santos, 2020; Rafael et al., 2020). No dia 9 de agosto de 2021, o Brasil apresentou 20.416.183 casos confirmados e 570.598 óbitos devido a essa doença (WHO, 2021).

Em um estudo realizado pela internet no Brasil, durante a pandemia (Szwarcwald et al., 2021), com o objetivo de verificar possíveis modificações de comportamento dos brasileiros durante as restrições decorrentes da pandemia, utilizou-se como medida de comparação levantamentos realizados anteriormente – a PNS 2013 e o Vigitel 2019 –, observando-se poucas mudanças. A única diferença encontrada foi referente a um maior índice de pessoas diagnosticadas com depressão. A dúvida instigada pelos autores é se esse maior número corresponderia a um aumento decorrente do contexto da pandemia ou, se por causa do aumento de procura a profissionais da saúde por receio quanto a saúde – aumentada pela presença do COVID19 –, pessoas não diagnosticadas anteriormente o teriam sido pela procura de um profissional da saúde. Ainda quanto a essa pesquisa sobre comportamento, Malta et al. (2020) observou que 1.5% das pessoas não modificaram em nada o seu dia a dia, enquanto 15.1% permaneceram completamente em casa. As mulheres seguiram mais as recomendações sugeridas por autoridades de saúde em comparação aos homens. Os autores observaram maior uso de bebidas alcoólicas em 17.6%, independente do sexo, o aumento do uso de cigarro para aquelas pessoas que já utilizavam e a diminuição de atividades físicas (de 30.1% para 12%). Ainda não é possível ter certeza quanto aos reais impactos da pandemia, mesmo assim observam-se modificações que potencialmente poderão afetar a vida de todos.

Além das questões sanitárias e econômicas relacionadas ao SARS-CoV-2, a saúde mental vem sendo um aspecto de preocupação dos especialistas em todo o mundo (Kola, 2020; Yao, Chen & Xu; Fitzpatrick, Harris, & Drawve, 2020; Serafini et al., 2020; Newby et al., 2020). Um estudo transversal realizado na Argentina (Fernandez et al., 2020), no mês de abril de 2020, observou altos índices (moderados e severos) de sintomas psicopatológicos (ansiedade, ansiedade fóbica, depressão, obsessão compulsão e hostilidade), avaliados pelo *Brief Symptom Inventory* (BSI). Os participantes que compuseram a amostra eram das mais diferentes características (idades, gênero, nível de escolaridade, estado civil, tipo e vínculo de ocupação, condições de saúde) e a maioria apresentava altos níveis de ansiedade, irritação, tristeza, sentimento de medo (de maneira geral e, também, especialmente medo de multidão), distúrbios de sono, problemas de concentração, dificuldades de memória e

tensão/agitação. No estudo brasileiro de Malta et al. (2020), realizado pela internet, 41.2% sentiram-se isolados, 41.3% ansiosos e 35.3% tristes e deprimidos.

Um estudo de revisão sistemática sobre a vivência da parentalidade e a saúde mental de mães e pais no contexto da pandemia (Vescovi et al., 2021) constatou maiores níveis de sintomas de depressão e de ansiedade em mães, pais e gestantes, em comparação a esses mesmos grupos em um momento fora da pandemia. Outro estudo longitudinal holandês (Achterberg et al., 2021) investigou a percepção de estresse de pais e filhos (entre 10 e 13 anos de idade) e suas possíveis repercussões no bem-estar durante o *lockdown* do COVID19, o que pode ter influência direta nas condições de saúde mental das duplas pais-filhos. Como os pesquisadores tinham dados das duplas pais-filhos anteriores à pandemia, conseguiram observar com maior precisão possíveis mudanças no que tange à presença do estresse e seu efeito no bem-estar. A conclusão do estudo é que pais e filhos que já vivenciavam maior sensação de estresse (*overreactivity*) e apresentavam estratégias de *coping* negativas tendiam a experimentar maior estresse durante o *lockdown* e maior impacto negativo no bem-estar.

Um estudo transversal, realizado nos Estados Unidos (Liu, Erdei & Mittal, 2020) com mulheres grávidas e no puerpério, verificou altos níveis de depressão (36.4%), ansiedade generalizada (22.7%) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (10.3%), sendo que aquelas que já tinham histórico de sintomas psicopatológicos tinham maiores chances de apresentar sintomas mais severos.

A experiência de uma mãe que viveu a perda de um filho – durante a gestação, perto ou logo após o parto, ou ainda na primeira infância – no contexto de pandemia é uma questão importante e ainda sem protocolos que consigam realmente acolher as demandas dessas mulheres e suas famílias. Uma nova gravidez, após esse tipo de perda, como já foi citado anteriormente, pode expor essas mães a uma condição maior de vulnerabilidade. Em relação a isso, um estudo realizado em três países com altos padrões socioeconômicos (Austrália, Irlanda e Estados Unidos) (Pollock et al., 2020) observou a falta de cuidado em relação a mulheres que estavam grávidas após a perda, devido a necessidade de seguir os protocolos relacionados ao COVID19. Dessa forma, observa-se um possível maior impacto do contexto da pandemia em mulheres enlutadas por já terem perdido um filho e, conseqüentemente, na sua relação com seus filhos – tenham eles nascido antes ou após a perda. Não apenas no que tange aos serviços saúde de cuidado da mulher (pré e pós-natal) e de seus

filhos (pediatra, entre outros profissionais da saúde, como Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia) em que o foco principal passou a ser a COVID19, mas, também, do enfraquecimento da rede de apoio (amigos, familiares, escolas de educação infantil) tão importantes à saúde mental da díade mãe-bebê.

## REFERÊNCIAS

- Achterberg, M.; Dobbelaar, S.; Boer, O. D.; Crone, E. A. (2021). Perceived stress as mediator for longitudinal effects of the COVID-19 lockdown on wellbeing of parents and children. *Nature*, 11, 2971. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81720-8>
- Adib-Rad, H.; Basirat, Z.; Faramarzi, M.; Mostafazadeh, A.; Bijani, A. (2019). Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A case-control study. *Turk J Obstet Gynecol*, 16, 151-7. doi: 10.4274/tjod.galenos.2019.88899
- Alvarenga, W.A.; deMontigny, F.; Zeghiche, S.; Verdon, C.; Nascimento, L.C. (2021). Experience of hope: An exploratory research with bereaved mothers following perinatal death. *Women and Birth*, 34, e426-e434. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.011>
- Aquino, E.M.L. et al. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cadernos & Saúde Coletiva*, 25(1), 2423-2446. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10502020
- Das MK, Arora NK, Gaikwad H, Chellani H, Debata P, Rasaily R, et al. (2021). Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: A qualitative study. *PLoS ONE* 16(1): e0240270. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240270>
- Diamond, R.; Chou, J.L.; Bonis, S. (2020). Invisible Loss: A Delphi Approach to Develop A Term for Individuals Who Experienced Perinatal Loss. *Journal of Feminist Family Therapy*. doi: 10.1080/08952833.2020.1848055
- Druget, M. et al. (2018). Emotional Effect of the Loss of One or Both Fetuses in a Monochorionic Twin Pregnancy. *JOGNN*. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.01.004>
- Fernandez, R.S.; Crivelli, L.; Guimet, N.M.; Allegri, R.F.; Pedreira, M.E. (2020). Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 75-84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.133>
- Kola, L. (2020). Global mental health and COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, S2215036620302352. doi:10.1016/S2215-0366(20)30235-2
- Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S17–S21. Available from: <https://doi.org/10.1037/tra0000924>
- Fuchs, T. (2018). Presence in absence. The ambiguous phenomenology of grief. *Phenom Cogn Sci* 17, 43–63. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11097-017-9506-2>

Gerrish, N.J.; Bailey, S. (2020). Maternal Grief: A Qualitative Investigation of Mothers' Responses to the Death of a Child From Cancer. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 81(2), 197–241. doi: 10.1177/0030222818762190

Goldstein, R.D.; Lederman, R.I.; Lichtenthal, W.G.; et al. (2018). The Grief of Mothers After the Sudden Unexpected Death of Their Infants. *Pediatrics*, 141(5), e20173651.

Gravensteen et al. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 41. doi: 10.1186/s12884-018-1666-8

Hill, P. W.; Cacciatore, J.; Shreffler, K. M.; Pritchard, M. K. (2016). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem, *Death Studies*. doi: 10.1080/07481187.2016.1261204

Kaur, R. (2017). *the sun and her flowers*. Andrews McMeel Publishing. ISBN: 978-1-4494-8679-2

Kokou-Kpolou, K.; Megalakaki, O.; Nieuviarts, N. (2018). Persistent Depressive and Grief Symptoms for up to 10 years Following Perinatal Loss: Involvement of Negative Cognitions, *Journal of Affective Disorders*. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.063>

LeBlanc, Nicole J. (2019). Neurobiology of Depression || Relationship Between Complicated Grief and Depression: Relevance, Etiological Mechanisms, and Implications, 231–239. doi:10.1016/B978-0-12-813333-0.00020-2

Levandowski, D.C.; Frizzo, G.; Lopes, Marin, A.; Donelli, T. (2012). Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação – SINBEBÊ. Projeto de Pesquisa não publicado.

Levandowski, D.C.; Frizzo, G.; Donelli, T.; Marin, A. (2014). Avaliação de Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens – SINBEBÊ Jovem. Projeto de Pesquisa não publicado.

Levandowski, D.C.; Frizzo, G.; Donelli, Maia, G.N.; Vescovi, G.; Wendland, J. (2016). Fatores de Risco para Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens: Foco na Idade, na Saúde Mental e no Luto Materno – PROJETO LUTO. Projeto de Pesquisa não publicado.

Liu, C.H.; Erdei, C.; Mittal, L. (2020). Risk Factors for Depression, Anxiety, and PTSD Symptoms in Perinatal Women during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research*. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.11355>

McLeish, J.; Redshaw, M. (2017). Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(28). doi: 10.1186/s12884-017-1220-0

- Malta D.C.; Gomes C.S.; Szwarcwald C.L.; Barros M.B.A.; Silva A.G.; Prates E.J.S.; Machado I.E.; Souza Júnior P.R.B.; Romero D.E.; Lima M.G.; Damacena G.N.; Azevedo L.O.; Pina M.F.; Werneck A.O.; Silva D.R.P. (2020). Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Saúde Debate*, 44(4), 177-190. doi: 10.1590/0103-11042020E411
- Martincekova, L.; Klatt, J. (2017). Mothers' Grief, Forgiveness, and Posttraumatic Growth After the Loss of a Child. *OMEGA—Journal of Death and Dying* 2017, Vol. 75(3) 248–265. doi: 10.1177/0030222816652803
- Newby, JM; O'Moore, K.; Tang, S.; Christensen, H.; Faasse, K. (2020). Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE*, 15(7), e0236562. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236562>
- O'Leary, J.; Warland, J. (2016). *Meeting the Needs of Parents Pregnant and Parenting After Perinatal Loss*. London: Routledge. Available from: <https://doi.org/10.4324/9781315622774>
- Pires, L.N.; Carvalho, L.; Xavier, L.L. (2020). COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. *Experiment Findings*. doi: 10.13140/RG.2.2.27014.73282
- Rafael et al. (2020). Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? *Rev enferm UERJ*, 28, e49570. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>
- Roberts, L.; Solomon, J.R.; Solomon, S.; Montgomery, S. (2021). Stillbirth and infant death: mental health among low-income mothers in Mumbai. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 292. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03754-0>
- Serafini, G.; Parmigiani, B.; Amerio, A.; Agulgia, A.; Sher, L.; Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 529–535. doi: 10.1093/qjmed/hcaa201
- Silva, G.A.; Jardim, B.C.; Santos, C.V.B. (2020). Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3345-3354. doi: 10.1590/1413-81232020259.23642020
- Silva, L.L.S. et al. (2020). Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9), e00185020. doi: 10.1590/0102-311X00185020
- Szwarcwald et al. (2021). ConVid – Pesquisa de Comportamentos pela Internet durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00268320.
- Vescovi, G.; Riter, H. S.; Azevedo, E. C.; Pedrotti, B. G.; Frizzo, G. B. (2021). Parenting, mental health and Covid-19: A rapid systematic review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 23(1), 1–28. doi:10.5935/1980-6906/ePTPC1913554

Volgsten et al. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*, 64, 23-28. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.003>

WHO – World Health Organization. (2020). Timeline: Who's COVID response. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>

WHO – World Health Organization. (2021). Brazil. Available from: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>

Yao, H., Chen, J.-H., & Xu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL DA TESE

Essa tese teve como objetivo geral contribuir cientificamente a partir do fornecimento de dados empíricos que subsidiem novas pesquisas e intervenções sobre o desenvolvimento do bebê e a psicopatologia materna, bem como sobre a relação mãe-bebê e o enfrentamento de situações de perda e luto materno. Espera-se, com isso, contribuir para a qualificação do atendimento em saúde em todos os níveis de atenção do sistema.

Para atingir esse objetivo, foram elaborados três estudos:

- Artigo 1: Association between maternal bereavement and early childhooddevelopment: A systematic review
- Artigo 2: Luto pela perda de um filho durante a gestação e as repercussões do traumático na maternidade: Estudo de casos múltiplos com dados contrastantes
- Artigo 3: Luto e Saúde Mental Materna: Possíveis Repercussões sobre o Desenvolvimento Emocional do Bebê

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA TESE

*4.2.1 Artigo 1: Association between maternal bereavement and early childhooddevelopment: A systematic review*

- Examinar, por meio de uma revisão sistemática da literatura (Registro PROSPERO: CRD42019135655), as possíveis repercussões do luto materno devido à morte de um filho no período gestacional, perinatal e/ou na primeira infância, sobre o desenvolvimento inicial do bebê nascido subsequentemente à perda.

*4.2.2 Artigo 2: Luto pela perda de um filho durante a gestação e as repercussões do traumático na maternidade: Estudo de casos múltiplos com dados contrastantes*

- Compreender o processo de luto de mulheres que possuem filhos nascidos antes e depois de uma perda gestacional (PG), a fim de investigar o potencial

traumático desta perda, considerando as perspectivas de Winnicott e Ferenczi, e analisar as eventuais repercussões deste processo na vivência da maternidade após a perda.

#### *4.2.3 Artigo 3: Luto e Saúde Mental Materna: Possíveis Repercussões sobre o Desenvolvimento Emocional do Bebê*

- Avaliar quais possíveis variáveis maternas, tendo como aspectos principais a saúde mental, a perda de filho e o luto materno, podem vir a repercutir na sintomatologia psicofuncional (SP) de bebês de seis a 24 meses de vida.

**5 ARTIGO 1: ASSOCIATION BETWEEN MATERNAL BEREAVEMENT AND EARLY  
CHILDHOOD DEVELOPMENT: A SYSTEMATIC REVIEW**

**ASSOCIATION BETWEEN MATERNAL BEREAVEMENT AND EARLY  
CHILDHOOD DEVELOPMENT: A SYSTEMATIC REVIEW**

Gabriela N. Maia, Luiza G. C. Rodrigues,

Jaqueline Wendland and Daniela C. Levandowski

PG Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Journal of Child and Family Studies

*Dra. Daniela Centenaro Levandowski*

February 14, 2021.

## Abstract

**Background:** Maternal bereavement due to a loss during pregnancy, perinatal period, or early childhood (0 to 6 years of age) can be emotionally overwhelming to the woman who becomes pregnant again after this loss. Because child development is based on mother-infant relationship and interaction, a plausible assumption is that this maternal condition may affect the developmental process of the infant born subsequent to the loss.

**Aim:** To examine in a systematic review (PROSPERO registration number CRD42019135655) the possible repercussions of maternal grief following the death of a child during pregnancy, perinatal period, and/or early childhood on the early development of the infant born subsequent to the loss.

**Methods:** The review was based on PRISMA protocol guidelines and Cochrane recommendations. Four databases (PubMed, Scopus, Web of Science, and PsycINFO) were searched using controlled and uncontrolled vocabulary terms. The eligibility criteria were being an empirical study that was published between 1998 and 2018, written in English, Spanish, or Portuguese, whose participants were mothers who experienced loss of a child during pregnancy, perinatal period, and/or early childhood, and who had an infant (up to 24 months of age) born after the loss. The included studies were analyzed descriptively and qualitatively using the STROBE checklist.

**Key findings:** Of the 2311 records identified, only 7 articles were included. The studies were observational of varied types (prospective cohort,  $n = 2$ ; cross-sectional,  $n = 2$ ; case-control,  $n = 1$ ; longitudinal,  $n = 2$ ), were written in English around the 2000s, and mostly came from England ( $n = 3$ ). Some studies suggested that the loss of a child was associated with insecure or disorganized infant attachment and impaired development of language and socialization. However, other studies suggested absence of association with loss of a child and insecure or disorganized infant attachment and impaired motor development of subsequent infant.

***Key conclusions:*** The findings on possible associations between maternal grief and initial development of the subsequent infant were inconclusive. Greater methodological rigor and use of different study designs are required to broaden the understanding of those associations and to investigate dimensions of child development other than attachment pattern.

***Implications for practice:*** Providing psychological care to bereaved pregnant women/mothers is important to facilitate the process of individual and family reorganization that comes with the experience of losing a child followed by a new pregnancy. This action will contribute to the promotion of health and overall development of the new infant and the family.

***Keywords:*** Motherhood, Grief, Perinatal Loss, Gestational Loss, Mother-Infant Relationship, Child Development

## Introduction

Losing a child is considered a potentially traumatic event (Martincekova & Klatt, 2017; Frumkin & Robinaugh, 2018) because of its unexpected nature (Carolan & Wright, 2017).

When it happens during pregnancy, there is often no social recognition of this pain, leading to the isolation of the bereaved couple (Sawicka, 2016; Carolan & Wright, 2017), which may hinder the grieving process.

Couples who have lost children commonly become pregnant again after some time. In a study conducted by Wojcieszek et al. (2016), 66% of couples became pregnant 1 year after experiencing a stillbirth. When there is a history of loss, the couple — especially the mother, the focus of this review — simultaneously experiences the grief of losing a child and the preparation for the arrival of a new child. This dual task is seen as a complex process (Markin, 2018), triggering several internal resources simultaneously and having the potential to psychologically overwhelm the woman.

Evidence points to a possible impact of this experience of loss on the new pregnancy, especially regarding maternal mental health. Norwegian pregnant women with a history of stillbirth were at a significantly higher risk of anxiety and depression in the first trimester of pregnancy compared to women without previous losses (Gravensteen et al., 2018). In a Chinese cross-sectional study, mothers with a history of recurrent pregnancy loss (two or more) showed a high prevalence of anxiety and depression during the subsequent pregnancy (Gao, Qu, & Wang, 2019). In contrast, an Iranian study (Azogh, Shakiba, & Navidian, 2018) noted that when mothers received proper care from health professionals after a stillbirth, there were no differences in their mental health (anxiety symptoms) compared to that of mothers without previous losses.

According to a systematic review (Lee & Horsch, 2017), it remains unclear whether the experience of loss impacts the development of mother-fetus relationship during the

subsequent pregnancy. Based on the reviewed literature, a hypothesis is that maternal grief has repercussions on child development, as it may be associated with the presence of maternal suffering and psychopathological symptoms. Several studies have reported an association between maternal mental health and child development (eg, Liu et al., 2016; Garthus-Niegel et al., 2017; Ystrom et al., 2017; Vehmeijer et al., 2018). A systematic review (Liu et al., 2016) demonstrated that the presence of maternal depressive symptoms is associated with lower-than-expected cognitive development in infants up to 2 years of age. In turn, a Norwegian cohort study (Garthus-Niegel et al., 2017) identified postpartum posttraumatic stress disorder (PTSD) as a predictor of impaired social-emotional development in infants. Another Norwegian cohort study (Ystrom et al., 2017) also found a significant association between maternal mental health (presence of anxiety and depression symptoms) and sleep problems in 18-month-old infants. In a narrative review conducted by Vehmeijer et al. (2018), maternal mental health, more specifically psychological distress, impacted child health throughout childhood (cardiometabolic, respiratory, atopic, and neurodevelopment-related outcomes). Thus, the loss of a child, as a family stressor, may have implications for the mental health of parents and for the development of their offspring.

In view of the foregoing, a systematic review was conducted to examine the possible repercussions of maternal grief due to death of a child during pregnancy, perinatal period, and/or early childhood on the initial development (the first 24 months of life) of the infant born subsequent to the loss. No systematic reviews addressing this topic were found. Loss of a child due to death was considered as covering pregnancy, perinatal period, and early childhood (0 to 6 years in Brazil). A maximum age of 2 years — the first 1000 days of life — was defined as the age parameter for the study of repercussions on child development because of its importance for child growth and overall development and its implications throughout the lifespan (Cusick & Georgieff, 2016; Robertson et al., 2019).

## Methods

The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) guidelines (Moher et al., 2015) were used to develop a strategy for article search based on the PICO framework (Table 1). The study was registered on the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) under registration number CRD42019135655.

### Table 1. PICO framework

Article searches were conducted in four databases (PubMed, Scopus, Web of Science, and PsycINFO). In the search strategy, only Medical Subject Headings (MeSH) controlled vocabulary terms were included at first. Because of the low number of retrieved studies, new searches were conducted using uncontrolled vocabulary terms, ie, synonyms used in the literature. From the combination of those 2 search groups, a final selection was obtained (Table 2).

### Table 2. Search strategy

The search was followed by a process of study selection. The following eligibility criteria were used: scientific article; empirical study; publication between 1998 and 2018; English, Spanish, or Portuguese languages; and mother participants, regardless of age, who experienced loss of a child during pregnancy, perinatal period, and/or early childhood (up to six years old), and who had a new child up to two years old. Also, studies should have assessed a possible association between loss and/or grief and the development of the new

child in any dimension (physical, cognitive, motor, language and communication, emotional, and/or psychosocial), as shown in Table 2.

With the aid of software Mendeley, duplicate records were deleted. Articles of topics that were not of interest were also excluded, such as evaluation of preterm infants (born before 37 weeks) and/or those requiring neonatal admission, given that those may be confounding variables. Articles evaluating parenthood after the death of a child without a new infant, loss of children over six years old, and/or loss of children and/or grief of parents whose subsequent children were over two years old were also excluded.

The entire process of searching and selecting articles was conducted by the first two authors independently; in cases of disagreement, the fourth author was consulted to reach consensus. Figure 1 describes the search process, the records found, and the reasons for excluding articles.

Figure 1. Flowchart of article search and selection for analysis

Data on the objective, design, sample, instruments, and main results were obtained from the articles selected for analysis. Then, the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) checklist was used to assess the strengths and weaknesses of the selected studies (von Elm et al. 2008; Vandembroucke et al., 2014). The criteria used in the analysis are shown in Table 3.

Table 3. Analytical criteria of the STROBE checklist

Results

After the inclusion and exclusion criteria were applied, seven articles were selected for analysis (see reasons for exclusion in Table 1). The selected articles are described in Table 4.

Table 4. Descriptive analysis of the studies included in the review (n = 7)

#### Bibliometric characteristics of selected articles

All articles were written in English and the majority was published in the early 2000s. Only two studies were published more recently (Alexandre et al., 2015; and Côté-Arsenault, Leerkes, & Zhou, 2019). Three studies were conducted in England by the same group of researchers (Hughes, Turton, McGauley, & Fonagy, 2006; Turton, Hughes, Fonagy, & Fainman, 2004; Hughes, Turton, Hopper, McGauley, & Fonagy, 2001). The other four articles were produced in three different countries, two in Europe (Belgium and Holland) and two in the United States. This review showed that the topic has been rarely investigated worldwide and that studies are restricted to countries with better socioeconomic conditions for conducting high-cost research, such as cohort studies.

Half of the selected studies (Hughes et al., 2006; Bakermans-Kranenburg, Schuengel, & Ijzendoorn, 1999; Turton et al, 2004) were published in the same journal, *Attachment & Human Development*, which focuses on early relationships and attachment formation. The other journals (*Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *Infant Mental Health Journal*, and *Journal of Reproductive and Infant Psychology*) have a similar scope. An exception is *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, which focuses less on psychological and developmental aspects and more on biomedical aspects, although the journal's scope includes mother-infant relationship.

All reviewed studies are observational, with two prospective cohort studies (Hughes et al., 2006; Turton et al., 2004), two cross-sectional studies (Alexandre et al., 2015; Bakermans-

Kranenburg et al., 1999), two longitudinal studies (Côté-Arsenault et al., 2019; Heller & Zeanah, 1999), and one case-control study (Hughes et al., 2001). Given the lack of specification of the design used in most studies ( $n = 4$ ), the classification was performed by the authors based on Twisk (2013).

#### Characteristics of participants and investigated losses

Reviewed participants can be considered young (mean age ranging from 25.38 to 32.2 years). Regarding the type of loss, four studies reported perinatal losses (stillbirth) and two reported pregnancy losses (spontaneous or medical abortion). Only one study addressed two types of loss concomitantly (both gestational and perinatal losses; Côté-Arsenault et al., 2019). No selected article reported loss of a child in early childhood.

Bakermans-Kranenburg et al. (1999), Turton et al. (2004), Hughes et al. (2006), and Heller & Zeanah (1999) evaluated only groups of mothers with a history of loss, without any comparator. There are peculiar aspects in each study: while Bakermans-Kranenburg et al. (1999) evaluated the type of attachment of mothers with a history of spontaneous abortion and possible differences in the type of infant attachment, Turton et al. (2004) investigated whether the presence of unresolved grief and/or PTSD is associated with differences in infant attachment formation. Hughes et al. (2006) also examined unresolved grief but included the presence of high levels of depression and intrusive thoughts. Finally, Heller & Zeanah (1999) did not define the types of loss in their study, naming them generically as perinatal losses. In three studies, there was a control group, ie, a group without any experience of loss and/or grief, for comparison purposes (Hughes et al., 2001; Alexandre et al., 2015; Côté-Arsenault et al., 2019). Moreover, the group of mothers with a history of loss in those studies showed a diversified composition: in Hughes et al (2001), in addition to stillbirth, 30% of mothers also experienced a previous spontaneous abortion and 17% had an elective termination of previous

pregnancy. Alexandre et al. (2015) reported that the period for a pregnancy loss occurring was different for each group (0 to 16 weeks, 17 to 27 weeks, and 28 weeks onwards). Finally, Côté-Arsenault et al. (2019) subdivided the sample into two groups (with a history of one loss or multiple losses).

#### Characteristics of the topics and instruments used in the assessment of maternal grief

Researchers tended to use some specific instruments for assessing maternal grief. Four studies (Bakermans-Kranenburg et al., 1999; Hughes et al., 2001; Turton et al., 2004; Hughes et al., 2006) used the Adult Attachment Interview (AAI), a semistructured interview that assesses attachment styles based on the early relationships of adult respondents. The AAI also assesses the experiences of loss and/or trauma, given that they are directly associated with how people relate to others (internally and externally).

The topics of assessment included the level of grief elaboration, which was classified as unresolved loss/unresolved state of mind. According to Bakermans-Kranenburg et al. (1999), Turton et al. (2004), and Hughes et al. (2006), such state suggests difficulties in elaborating the grieving process. However, while Turton et al. (2004) investigated the possible association between PTSD due to the loss and unresolved loss/grief because symptoms were similar, especially lapses in thinking and reasoning, Hughes et al. (2001) considered nonresolution of grief as a moderator and not as a categorical variable, which was observed in the four studies previously mentioned. In that investigation, how the loss occurred (stillbirth, elective termination of pregnancy, or spontaneous abortion) was used as a criterion for assessing the grieving process.

Similarly, Côté-Arsenault et al. (2019) assessed the experience of losing a child based on reproductive history (eg, abortion, stillbirth, ectopic pregnancy, frequency of loss), without using any specific instrument and without focusing on possible repercussions of the loss on

maternal mental health. The authors used the AAI only to assess the type of attachment developed by the participants, which was also observed in other studies (Bakermans-Kranenburg et al., 1999; Hughes et al., 2001; Turton et al., 2004; Hughes et al., 2006). Heller & Zeanah (1999) used a semistructured interview (the Perinatal Loss Interview, proposed by Danis & Zeanah, 1991) to explore the experience of bereaved mothers, focusing on how participants described their loss (classified as incoherent, confusing, and overwhelmed or as clear and coherent) and how they coped with the loss (how accountable they held themselves or others for the resolution of their grief). Alexandre et al. (2015) also used a semistructured interview, the Perinatal Grief Scale (composed of three dimensions: active grief, difficult coping, and despair), to assess the level of grief resolution.

#### Associations between maternal grief and early childhood development

A trend was identified in the reviewed studies regarding assessment of the development of infants born after a loss. In six of the seven studies reviewed (Heller & Zeanah, 1999; Bakermans-Kranenburg et al., 1999; Hughes et al., 2001; Turton et al., 2004; Hughes et al., 2006; Côté-Arsenault et al., 2019), infants were assessed using the Strange Situation procedure (Ainsworth et al., 1978), which seeks to observe the quality and security of attachment to the mother. Only the investigation conducted by Alexandre et al. (2015) used different instruments (revised Brunet-Lézine Scale - BL-R, and Projective Kit for Early Childhood - PKEC) for assessing the following development domains: motor function, language, socialization (BL-R), and social-emotional development (PKEC). Thus, the most frequently assessed aspect of early childhood development was attachment (social-emotional development).

Regarding child development and maternal grief (herein referring to experiences of maternal loss), four of the seven studies found possible associations. The reported results include

greater probability of children born after a maternal perinatal loss having disorganized attachment compared to children of primiparous mothers, which was strongly predicted by the maternal emotional state of unresolved loss (Hughes et al., 2001). This maternal state was also significantly associated with disorganized attachment in infants of mothers with insecure attachment (Bakermans-Kranenburg et al., 1999). Accordingly, while mothers of insecure infants tended to be classified as dependent for coping with grief, mothers of infants with secure attachment were more likely to be classified as autonomous (Heller & Zeanah, 1999). It is worth noting that the scores on the unresolved loss scale were not associated with time since the loss but rather with gestational age at the time of loss (Bakermans-Kranenburg et al., 1999).

Still on the topic of associations between child development and maternal grief, Côté-Arsenault et al. (2019) observed, in the group of mothers who lost a child, that infants had an insecure/avoidant attachment when the experiences of maternal loss were multiple. Additionally, those with insecure/avoidant and disorganized attachments were the children of mothers who had at least one loss at an advanced gestational age.

Partially contrasting findings were reported by Turton et al. (2004), who found no significant association between unresolved state of mind and maternal PTSD, nor between PTSD and disorganized infant attachment. Accordingly, Hughes et al. (2006) observed, in a sample of mothers with unresolved loss/grief, that 45% of infants had no disorganized attachment.

Finally, Côté-Arsenault et al. (2019) found no association between maternal loss and/or early pregnancy loss and the type of attachment of the subsequent child. Thus, the results show that the literature remains inconclusive regarding those associations.

Only one study (Alexandre et al., 2015) evaluated aspects of early childhood development other than attachment pattern, namely language, motor development, and socialization, although these are also related to social-emotional development. The authors reported an

association between unresolved loss and some developmental disorders (lack of dyadic exchange, language disruptions, and withdrawal from the environment). They also found that the later the gestational age at the time of loss, the less likely the subsequent children were to express their emotions and respond contingently to interactions. Conversely, motor development was shown to be adequate in the evaluated infants.

#### Quality assessment of selected studies

Table 5 shows the STROBE assessment of strengths and weaknesses of the reviewed studies (Branjerdporn et al., 2016).

Table 5. Results of the analysis of strengths and weaknesses of the reviewed studies using the STROBE criteria

The quality of more than half of the studies ( $n = 4$ ) was found to be poor ( $< 60\%$ ), with scores ranging from 53.44% to 75%. Some criteria for assessing the studies were reported in other articles, such as items 4, 5, 6, 13a, 13b, and 22 (Hughes et al., 2006). Data on items 1a, 10, 12e, 13c, and 14b were not found in most of the reviewed studies, even though they refer to important aspects of design and characteristics of scientific studies that would allow future replication. Items 16b, 16c, and 17, in turn, were not within the scope of the selected studies (except for item 17 in the study conducted by Côté-Arsenault et al., 2019).

#### Discussion

This systematic review sought to examine the possible repercussions of maternal grief due to death of a child in pregnancy, perinatal period, and/or early childhood on the initial development (the first 24 months of life) of the infant born subsequent to the loss. Most of the

reviewed studies evaluated a specific aspect of the social-emotional development of the infant born subsequently, namely attachment pattern. The results proved to be conflicting, as maternal grief repercussions on subsequent infant's attachment pattern, towards insecurity or disorganization, were found in some studies but not in others. Only one study (Alexandre et al., 2015), in addition to assessing social-emotional development, included other development dimensions (motor function, socialization, and language), demonstrating the importance of further exploring those dimensions in future studies. Likewise, the behavior dimension, so important for its medium- to long-term implications in people's lives (Fuchs et al., 2016; van Dijk et al., 2017), should be assessed.

Infant attachment is an important aspect of the psychic constitution (Bowlby, 2002; Main, 1983). The development of disorganized attachment appears to be associated with unresolved parental trauma (Ainsworth & Eichberg, 1991), which is consistent with the reviewed findings, as the loss of a child is considered a traumatic event for parents that may lead to an unresolved state of mind. In turn, the presence of an unpredictably unavailable caregiver — caused by dissociation of the unresolved state of mind — is considered frightening for the child, leading to the collapse of attachment organization (Jacobvitz et al, 1997; Schuengel et al., 1999). Bakermans-Kranenburg et al. (1999) found that disorganized child attachment was associated only with mothers with unresolved loss who also had insecure attachment, different from what was observed in secure mothers. Thus, there is a possible transmission of the type of maternal attachment, and the experience of maternal loss seems to function as a risk factor or catalyst for the formation of insecure and/or disorganized attachment in the infant, as shown by Heller & Zeanah (1999).

The results reported by Turton et al. (2004) showed no association between PTSD due to maternal loss and the development of disorganized attachment in the infant. However, Hughes et al. (2006), who investigated predictors of child disorganization, found that infants whose

mothers were classified as unresolved loss during pregnancy and had higher levels of psychiatric symptoms (depression and intrusive thoughts) were secure, while the others were disorganized. Although depressed mothers may be relatively unresponsive to the child because of their depressive state, they may also be more in touch with the reality of their loss and more available to identify and react to the child's needs. Such findings seem to contrast with those of relevant studies (Kinsey et al., 2016; Gravensteen et al., 2018), which state that depression is a risk factor for the onset of delays and difficulties in child development.

Furthermore, confounding factors may not have been considered in those studies, which demonstrates the need for new studies to better understand this association.

Therefore, there are indications of maternal grief repercussions on the initial development of the infant born subsequent to the loss with regard to social-emotional development (attachment pattern), which is associated with language and cognition. However, there is no consensus, as those associations were not found in all reviewed studies. Also, few studies assessed development dimensions other than social-emotional development.

In the study conducted by Côté-Arsenault et al. (2019), a significant association with child development was found only when the number of losses and gestational age were considered.

Such finding suggests that recurrent experiences of loss or even losses closer to birth lead to mothers being more emotionally compromised. That is, the experience of loss can be aggravated by the circumstances or by the sum of difficult experiences, as only in such cases did the infants have a greater chance of developing disorganized attachment (loss at a later gestational age) or insecure/avoidant attachment (multiple losses and/or later gestational age).

Importantly, no reviewed study addressed mothers who lost a child in early childhood. The causes and repercussions of loss in this period of the child's life are presumably different from those linked to pregnancy and perinatal loss. Future studies may include MeSH terms that cover the causes of death in childhood, in an attempt to find relevant literature, such as "infant

nutrition," "adverse childhood experiences," "poverty," "infant care," "infant/newborn diseases," and "infant mortality" (= "postnatal death").

Furthermore, the analyzed studies involved populations from developed countries; therefore, they have better socioeconomic conditions, higher level of maternal and family education, and rely on public policies that promote and support early childhood development and health (UNESCO, 2016), which impact the development of the infant born subsequent to the loss.

Regarding pregnancy and perinatal losses, the literature refers some unique characteristics, such as their virtual nature (Aguiar & Zorning, 2016), as there is no contact between pregnant women and another being (mother-infant undifferentiation) and few or no shared experiences (both mother-infant and infant-other people). Those characteristics may favor the isolation of the bereaved mother, making loss elaboration harder for them. First, then, grief was found to be part of the psychological suffering that is associated with a psychic dissociation because of the inability of the woman to deal with the reality of loss, which the reviewed studies considered an unresolved grief (Hughes et al., 2001; Turton et al., 2004; Bakermans-Kranenburg et al., 1999; Hughes et al., 2006). Second, grieving the loss of a child may mean grieving the loss of a piece of the mother herself ("symbolic amputation"). In other words, based on the feelings caused by grieving an unborn child, the mother — unable to symbolize the infant and everything the infant represents in her life — finds other ways to discharge feelings through symptoms of guilt, anger, anxiety, and depression, which can compromise the connection and interaction with the new child (Bakermans-Kranenburg et al., 1999; Turton et al., 2004; Alexandre et al., 2015; Côté-Arsenault et al., 2019). The suffering of bereaved mothers seems to be reinforced by the lack of recognition and social validation of the loss experience (Sawicka, 2016; Carolan & Wright, 2017), by the inability and/or insensitivity of health professionals (Dekkers, et al., 2019; Palmer & Murphy-Oikonen, 2019), and by the absence of concrete experiences with this child (Kharb et al., 2018; Murphy, 2019).

One of the limitations identified in the reviewed studies is the absence of a specific assessment of grief. Hughes et al. (2001) used when and how the loss occurred (abortion, medical termination of pregnancy, etc.) as criteria to suppose the presence of a grieving process. Similarly, Côté-Arsenault et al. (2019) used reproductive history to assess the number of losses and the time of their occurrence (gestational age), statistically showing that only mothers with a history of multiple losses and at a more advanced gestational age experienced grief itself. Accordingly, a population study (Weng et al., 2018) conducted in China found that bereaved mothers who experienced pregnancy (spontaneous and induced abortion) or perinatal loss were at a higher risk of suicide after one year of loss compared to mothers with no loss experiences, showing the possible impact of the experience on maternal mental health. The lack of criteria or use of specific instruments to assess grief and differentiate a mother who suffers from the loss of a child but who has a good ability to deal with it; from another mother who is suffering and having difficulties that did not exist before the loss and, therefore, has specific needs, compromises the required care in cases of complicated grief. These findings demonstrate the complexity of maternal grief and the need to use more specific assessment instruments, not only to better evaluate the mental health status of bereaved mothers but also to provide adequate care for subsequent children, if required. Maternal mental health is essential to initiate a transition to motherhood, which requires many physical, economic, and emotional adaptations, covering several spheres of a woman's life (Holden et al., 2018; Pearson et al., 2019). In some cases, this process may be psychologically overwhelming to the new mother, especially when she has to deal with the emotional demands of the birth of a new infant in the presence of a grieving process due to the previous loss of a child. In this situation, symptoms or even comorbidities may appear and have an impact on the mother's mental health as well as on that of the infant and the family. As the literature demonstrates, a psychopathological condition is not always present, but emotional

difficulties may arise and affect how the mother perceives the new child. Specifically, in the study conducted by Turton et al. (2009), mothers with a history of stillbirth perceived their child more negatively when interacting with other children and struggled more to interact with the child (greater criticism, attempted control of the situation, lower engagement, and low emotional connection). Such maternal difficulties, even if not characteristic of a psychopathological condition or diagnosis, may have an impact on the psychic constitution of the new infant. Therefore, future studies, in addition to evaluating other psychiatric comorbidities or the presence of maternal psychopathological symptoms, should include methods for measuring maternal behavior and representations of the infant.

Regarding bibliometric data, this review included articles published mostly in the early 2000s, the most recent ones in 2015 and 2019. This seems to demonstrate the lack of investment from researchers in the topic. It also suggests that care for bereaved mothers is not based on current scientific evidence. More than that, because the possible repercussions of maternal bereavement on the development of the infant born subsequent to the loss are unknown for lack of empirical data, preventive professional action is hampered.

In view of the foregoing, in terms of care, it appears that maternal grief, for having some interference on child development, makes the approach of health professionals in the management of mothers and families extremely relevant. New studies on the possible impact of health professional actions on the grieving process and subsequent infant's development are needed.

Importantly, a rigorous assessment of maternal grief should be conducted. Whether maternal grief can really be assessed using the same parameters (which are still being improved) as those used for other types of loss remains questionable given the specificities of such grief. It is worth noting that the descriptive terms for studies addressing the topic should be reviewed, given that the expression “maternal loss,” for example, proved to be ambiguous.

During article selection, “maternal loss” was found to be related to the loss of a child but also to the bereavement of the child due to loss of the mother, which deviates from the objective of this review.

Finally, the STROBE analysis of the selected studies showed that their methodological quality was poor, which hinders the production of safe and generalizable evidence. Thus, maternal grief and its possible repercussions on child development need to be explored in future studies using more robust designs.

## Conclusion

The available evidence regarding repercussions of maternal experiences of loss and/or grief due to death of a child during pregnancy, perinatal period, or early childhood on the initial development (first 24 months) of the infant born after the loss is conflicting. While in some studies an association was found between unresolved loss and disorganized child attachment (Heller & Zeanah, 1999; Hughes et al., 2001; Turton et al., 2004; Bakermans-Kranenburg et al., 1999), loss of a child and impaired development of language and socialization (Alexandre et al., 2015), multiple perinatal losses and insecure/avoidant attachment, and perinatal loss at an advanced gestational age and insecure/avoidant and disorganized attachments of the infant (Côté-Arsenault et al., 2019), in others no significant association was found between unresolved loss and disorganized attachment (Hughes et al., 2007), loss of a child and impaired motor development (Alexandre et al., 2015), or perinatal loss and quality of infant attachment (Côté-Arsenault et al., 2019).

Thus, this review shows that new studies addressing the topic are essential, with samples from different countries, cultures, and political, historical, and economic conditions, because those issues also impact the mother-infant dyad and are often risk and/or protective factors for the mental health of the mother, the infant, and the entire family system (van Schaik et al., 2018;

Defelipe et al., 2015). Additionally, the intermediate quality of evidence of the selected studies, based on STROBE, demonstrates the need to investigate the topic using more robust designs and considering different times and causes of loss, as well as to create more specific instruments for assessing maternal grief.

Future studies investigating maternal grief repercussions on child development should assess different areas of development, in addition to attachment pattern. Regarding the investigated topics, aspects such as conjugality and family support available to bereaved mothers should also be considered, as they can act both as risk and protective factors for their mental health and for child development (Grabensteen et al., 2018; Irurita-Ballesteros et al., 2019).

Thus, this review, although based on few studies, provided important reflections and exposed gaps in the scientific literature on issues relevant to clinical practice and public policies related to maternal and child health. The experience of losing a child is complex and challenging, and the extent of its social, individual, family, marital, and parental impact is not yet fully understood. Nonetheless, providing psychological care during this time is important to facilitate the process of reorganization and adaptation that the experience of such loss implies for women and their families.

## References

- Aguiar, H. C., Zorning, S. (2016). Luto Fetal: a Interrupção de uma Promessa. *Estilos Clínico*. 21:2, 246-281. doi: <http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>
- Ainsworth, M. D. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ainsworth, M. D., Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. M. Parkes, J.

Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), Attachment across the life cycle (pp. 160–183).

London/New York: Tavistock/Routledge.

Alexandre, M. et al. (2015). The impact of a prior medical termination of pregnancy on the mothers early relationship with a subsequent infant. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Online], 1-6.

Armstrong, D., Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 27:2, 183-9. doi: 10.1111/j.1552-6909.1998.tb02609.x

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed. (DSM-III). Arlington, VA: American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. ed (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association

Azogh, M.; Shakiba, M.; Navidian, A. (2018). The Effect of Psychoeducation on Anxiety in Subsequent Pregnancy Following Stillbirth: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Family and Reproductive Health*, 12(1), 42-50. Acesso em 07 de agosto de 2020, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6329996/pdf/JFRH-12-42.pdf>

Bakermans-Kranenburg, M. J. et al. (2006). Unresolved loss due to miscarriage: An addition to the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 1(2), 157-170.

Bowlby, J. (2002). *Apego e perda: Apego: a natureza do vínculo* (3a ed., Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.

Boelen, P.A., Lenferink, I.M., Nickerson, A., Smid, G.E. (2018). Evaluation of the factor structure, prevalence, and validity of disturbed grief in DSM-5 and ICD-11. *Journal of Affective Disorders*. 240, 79-87. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.041>

Boelen, P.A., Lenferink, I.M., Smid, G.E. (2019). Further evaluation of the factor structure, prevalence, and concurrent validity of DSM-5 criteria for Persistent Complex Bereavement

Disorder and ICD-11 criteria for Prolonged Grief Disorder. *Psychiatry Research*. 273, 206-210. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.006>

Branjerdporn, G., Meredith, P., Strong, J., Garcia, J. (2016). Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 21:3, 540-553. doi: 10.1007/s10995-016-2138-2

Brassel A, Townsend ML, Pickard JA, Grenyer BFS. Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum. *Infant MentHealth J*. 2020;41:69–81. <https://doi.org/10.1002/imhj.21827>

Carolan, M., Wright, R. J. (2017). Miscarriage at advanced maternal age and the search for meaning. *Death Studies*. 41:3, 144-153. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2016.1233143>

Côté-Arsenault, D., Leerkes, E M., Zhou, N. (2019). Individual Differences in Maternal, Marital, Parenting and Child Outcomes Following Perinatal Loss: A Longitudinal Study, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1469-672X (Online). doi: 10.1080/02646838.2019.1579897

Cusick, S. E., Georgieff, M. K. (2016). The Role of Nutrition in Brain Development: The Golden Opportunity of the “First 1000 Days”. *The Journal of Pediatrics*. 175, 16-21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.05.013>

Dekkers, F.; Go, A.; Stapersma, L.; Eggink A.; Utens, E. (2019) Termination of pregnancy for fetal anomalies: Parents' preferences for psychosocial care. *Prenatal Diagnosis*, 39(8), 575-587. doi: 10.1002/pd.5464

Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B., Granero-Molina, J. (2020). Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 17, 3421.

doi:10.3390/ijerph17103421

Fletcher, J., Vidal-Fernandez, M., Wolfe, B. (2017). Dynamic and heterogeneous effects of sibling death on children's outcomes. *Proc Natl Acad Sci U. S. A.* 115:1, 115-120. Available from: [www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1709092115](http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1709092115)

Frumkin, M. R.; Robinaugh D. J. (2018). Chapter 2. Grief and Post-Traumatic Stress Following Bereavement, 19-44. In.: Bui, E. (2018). *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions* 19–44. doi: 10.1007/978-3-319-65241-2

Gao L., Qu J., Wang A. Y. (2019). Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1469-672X. doi: 10.1080/02646838.2019.1652730

Garthus-Niegel, S.; Ayers, S.; Martini, J.; von Soest, T.; Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol Med* . 2017 Jan;47(1):161-170. doi: 10.1017/S003329171600235X.

Gerrish, N. J., Bailey, S. (2018). Maternal Grief: A Qualitative Investigation of Mothers' Responses to the Death of a Child From Cancer. *OMEGA—Journal of Death and Dying*. 0:0, 1–45. doi:10.1177/0030222818762190

Gravensteen, I. K. et al. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18:41, 1-10. doi: 10.1186/s12884-018-1666-8

Holden, L.; Hockkey, R.; Ware, R.S.; Lee, C. (2018). Mental health-related quality of life and the timing of motherhood: a 16-year longitudinal study of a national cohort of young Australian women. *Quality of Life Research*, 27, 923–935.

- Heller, S. S., & Zeanah, C. H. (1999). Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 188-199.
- Hughes, P. et al. (2001). Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 42(6), 791-801.
- Hughes, P. et al. (2006). Factors that predict infant disorganization in mothers classified as U in pregnancy. *Attachment & Human Development*, 8(2), 113-122.
- Hutti M.H., Armstrong D. S., Myers J. (2011). Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 36(2), 104-11. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182057335.
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Riggs, S. (1997). Disorganized mental processes in mothers, frightening/frightened caregiving, and disorientated/disorganized behavior in infancy. In D. Jacobvitz (Chair), *Caregiving correlates and longitudinal outcomes of disorganized attachment in infancy*. Symposium conducted at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
- Kharb, Renu; Sheoran, Poonam (2018). A study to explore living- in experiences of women with spontaneous abortion at selected hospital, Ambala, Haryana, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(7), 2856-. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20182895
- Kinsey, C. B., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., Kjerulff, K. (2016). Effect of Previous Miscarriage on Depressive Symptoms during Subsequent Pregnancy and Postpartum in the First Baby Study. *Matern Child Health J*, 19(2), 391–400. doi:10.1007/s10995-014-1521-0.
- Li, J., Tendeiro, J.N., Stroebe, M. (2019). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *Int J Psychol*. 54:4, 454-461. doi: 10.1002/ijop.12483

Liu, Y. et al. (2016). Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(4), 680 - 689. DOI: <https://doi.org/10.1017/S003329171600283X>

Lee L., McKenzie-McHarg, K., Horsch, A. (2017). The impact of miscarriage and stillbirth on maternal–fetal relationships: an integrative review. *Journal of Reproductive and Infant Psycholog.* 35:1, 32-52. doi: 10.1080/02646838.2016.1239249

Main, M. (1983). Exploration, play, and cognitive functioning related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development.* 6:2-3, 167-174. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(83\)80024-1](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(83)80024-1)

Main, M; Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, M. T.; Cicchetti, D.; Cummings, E. M. (Eds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Markin, R. D. (2018). “Ghosts” in the womb: A mentalizing approach to understanding and treating prenatal attachment disturbances during pregnancies after loss. *Psychotherapy*, 55(3), 275-288. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000186>.

Martincekova, L., Klatt, J. (2017). Mothers’ Grief, Forgiveness, and Posttraumatic Growth After the Loss of a Child. *OMEGA—Journal of Death and Dying.* 75:3, 248–265. doi: 10.1177/0030222816652803

- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G., PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 6:7, e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Murphy, S. (2019). “I'd failed to produce a baby and I'd failed to notice when the baby was in distress”: The social construction of bereaved motherhood. *Women's Studies International Forum*, 74, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.02.009>
- O'Connor, M., et al. (2019). Comparison of proposed diagnostic criteria for pathological grief using a sample of elderly bereaved spouses in Denmark: Perspectives on future bereavement research. *J Affect Disord.* 15:251, 52-59. doi: 10.1016/j.jad.2019.01.056
- Palmer, A.; Murphy-Oikonen, J. (2019). Social work intervention for women experiencing early pregnancy loss in the emergency department. *Social Work in Health Care*, 58(4). doi: 10.1080/00981389.2019.1580237
- Pearson, R. M.; Culpin I.; Mola C. L.; Quevedo, L.; Murray, J.; Matijasevich, A.; Tilling, K.; Barros, F. C.; Stein, A.; Horta, B. L. (2019). Transition to parenthood and mental health at 30 years: a prospective comparison of mothers and fathers in a large Brazilian birth cohort. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 621-629. Accessed from: <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0935-x>
- Robertson, R. C., Manges, A. R., Finlay, B. B., Prendergast, A. J. (2019). The Human Microbiome and Child Growth – First 1000 Days and Beyond. *Trends in Microbiology*, 27:2, 131-147. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tim.2018.09.008>
- Sawicka, M. (2016). Searching for a Narrative of Loss: Interactional Ordering of Ambiguous Grief. *Symbolic Interaction.* 40:2, 229–246. ISSN: 0195-6086 print/1533-8665 online. doi: 10.1002/SYMB.270

Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H. (1999). Frightening parental behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67, 54-63.

Turton, P., Badenhorst, W., Pawlby, S., White, S., Hughes, P. (2009). Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50:12, 1451–1458. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02111.x

Turton, P. et al. (2004). An investigation into the possible overlap between PTSD and unresolved responses following stillbirth: An absence of linkage with only unresolved status predicting infant disorganization. *Attachment & Human Development*, 6(3), 241-253.

Twisk, J. (2013). *Applied Longitudinal Data Analysis for Epidemiology: A Practical Guide*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139342834

Weng, S.C., Chang, J.C., Yeh, M.K., Wang, S.M., Lee C.S., Chen, Y.H. (2018). Do stillbirth, miscarriage, and termination of pregnancy increase risks of attempted and completed suicide within a year? A population-based nested case-control study. *BJOG*, 125, 983–990. doi: 10.1111/1471-0528.15105

Wojcieszek AM, Boyle FM, Belizian JM, Cassidy J, Cassidy P, Erwich JJHM, Farrales L, Gross MM, Heazell AEP, Leisher SH, Mills T, Murphy M, Pettersson K, Ravaldi C, Ruidiaz J, Siassakos D, Silver D, Storey C, Vannacci A, Middleton P, Ellwood D, Flenady V. Care in subsequent pregnancies following stillbirth: An international survey of parents. *BJOG* 2018;125:193–201. doi: 10.1111/1471-0528.14424

World Health Organization - WHO (2019) *International Classification of Diseases (11th Revision)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization

- Vandenbroucke, J. P. et al. (2014). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *International Journal of Surgery*, 12, 1500-1524. Accessed from: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2014.07.014>
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., et al. (2008). The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344–349. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.
- Vehmeijer FOL, Guxens M, Duijts L, El Marroun H. (2019) Maternal psychological distress during pregnancy and childhood health outcomes: a narrative review. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 274-285. doi:10.1017/S2040174418000557
- Ystrom, E. et al. (2017). Maternal Symptoms of Anxiety and Depression and Child Nocturnal Awakenings at 6 and 18 Months. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(10), 1156–1164. doi: 10.1093/jpepsy/jsx066
- Zetumer, S. et al. (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *J Affect Disord.* 1:170, 15–21. doi:10.1016/j.jad.2014.08.021

## Highlights

- Maternal bereavement due to a loss in pregnancy, perinatal period, or early childhood (0 to 6 years of age) can be a very important factor for the mental health and development of mother and baby born subsequently.
- The literature on motherhood following the loss of a child is still scarce.
- Although some studies suggested that there is no association between a loss of a child and insecure or disorganized infant attachment and impaired motor development of baby born subsequently, other studies suggested that the loss of a child is associated with baby's insecure or disorganized attachment and impaired development of language and socialization.

	<b>Included</b>	<b>Excluded</b>
<b>Population</b>	Mothers (of all ages) who have experienced bereavement and/or child loss and their infants (up to two years old) born subsequent to the loss.	Mothers who have lost or are bereaved by other beloved people (not children), for example, husband, parents, etc.
<b>Exposure</b>	Experience of losing and/or mourning a child at any time during pregnancy (induced abortion, spontaneous abortion, stillborn baby); during or shortly after delivery (perinatal loss); and/or during early childhood (up to six years old).	Maternal death.
<b>Comparator</b>	Mothers with no experiences of child loss and/or grief for a child.	
<b>Outcome</b>	Infant development (in all dimensions: physical, cognitive, psychosocial and emotional)	Maternal mental health, parenting in the context of bereavement.

Table 2. Search strategy

Database	Search terms				Limitations		
	MESH descriptors		Similar Terms		General	Specific	
	Mother bereavement of a child	Infant Development	Mother bereavement of a child	Infant Development		Mother bereavement of a child	Infant Development
PubMED				((((((((("Child Language") OR "Infant Development") OR "Child Psychopathology") OR "Children Mental Health") OR "Child Attachment") OR "Infant Attachment") OR "Infant Cognitive Development") OR "Child Cognitive Development") OR "Infant Motor Development") OR "Child Motor Development") OR "Infant Physical Development") OR "Child Physical Development") OR "Infant Social Development") OR "Child Social Development"			
Scopus	((((("Fetal Death"[Mesh]) OR "Perinatal Death"[Mesh]) OR "Infant Death"[Mesh]) OR "Stillbirth"[Mesh]) OR "Abortion, Spontaneous"[Mesh]) OR "Abortion, Incomplete"[Mesh]) OR "Abortion, Missed"[Mesh]) OR "Abortion, Therapeutic"[Mesh]	(("Child Development"[Mesh]) OR "Infant Health"[Mesh]) OR "Mother-Child Relations"[Mesh]	((((((((("Bereavement, Maternal") OR "Loss, Maternal") OR "Grief, Maternal") OR "Mourning, Maternal") OR "Loss, Perinatal") OR "Loss, Child") OR "Abortion") OR "Miscarriage") OR "Fetal Grief") OR "Pregnancy Loss") OR "Grief, Perinatal") OR "Perinatal Loss") OR "Perinatal Bereavement") OR "Prolonged Grief Disorder") OR "Child Death") OR "Infant Loss"		From January 1998 to December 2019;  Language: English, Portuguese and Spanish;  Research with human beings.	Loss of a child;  Moment of child death: during pregnancy, during delivery or early childhood (up to 6 years old);  Assessment of maternal bereavement.	Evaluated in babies up to 24 months old, in relation to any dimension of development.
Web of Science							

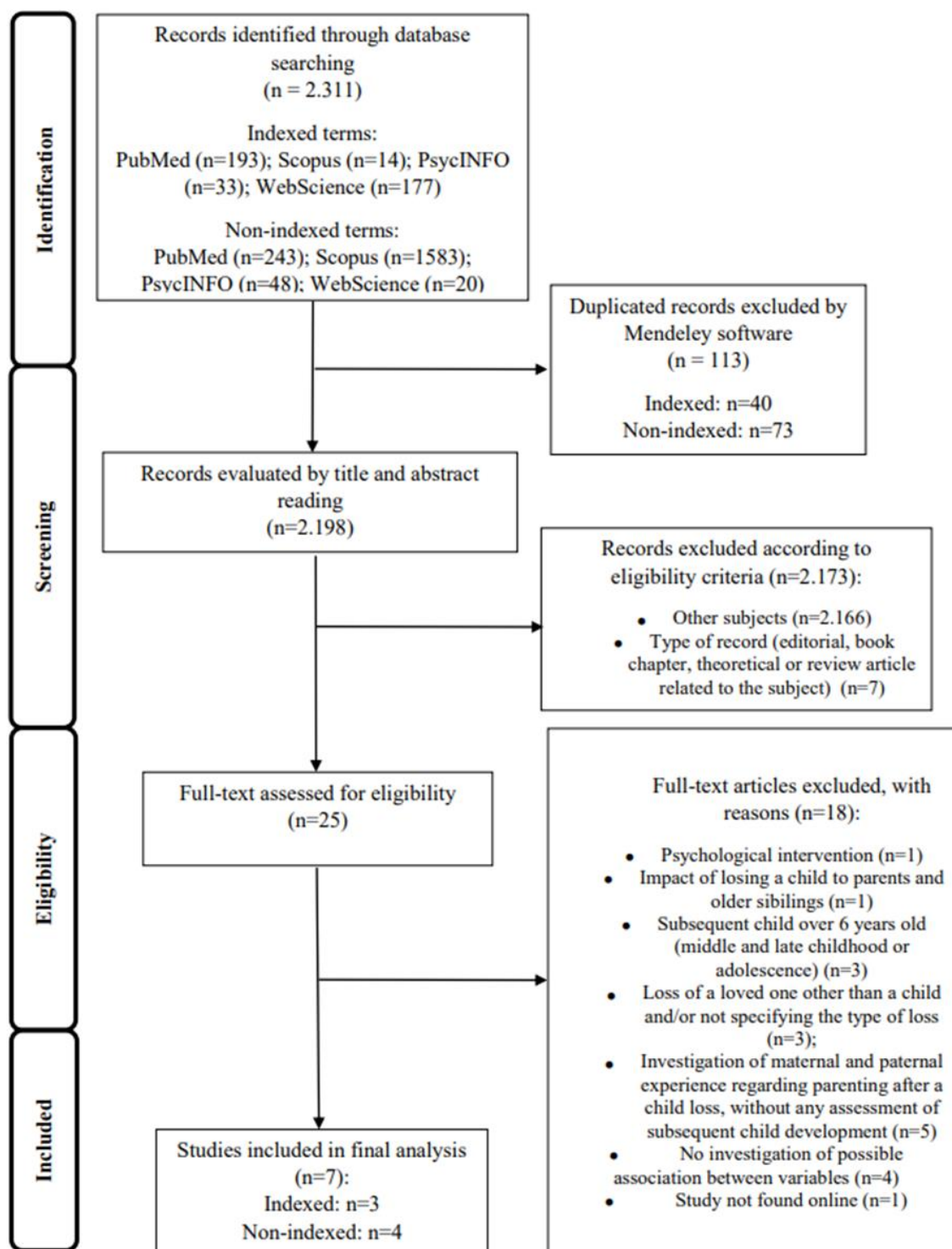


Figure 1. PRISMA FLOW DIAGRAM

**Table 3.** STROBE Checklist

	Item N°	Items	N°	Recommendation	
<b>Title and abstract</b>	1	a) Design	<b>1</b>	Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract.	
		b) Abstract		Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found.	
<b>Introduction</b>	2	Background	<b>2</b>	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported.	
	3	Objectives	<b>3</b>	State specific objectives, including any prespecified hypotheses.	
<b>Methods</b>	4	Study design	<b>4</b>	Present key elements of study design early in the paper.	
	5	Setting	<b>5</b>	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection.	
	6	Participants	a) Eligibility and selection	<b>6</b>	(a) Cohort study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up Case-control study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls
			b) Matching criteria		(b) Cohort study—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed Case-control study—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case.
	7	Variables	<b>7</b>	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable.	
	8	Data sources/ measurement	<b>8</b>	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group.	
	9	Bias	<b>9</b>	Describe any efforts to address potential sources of bias.	
	10	Study size	<b>10</b>	Explain how the study size was arrived at.	
	11	Quantitative variables	<b>11</b>	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why.	

	12	Statistical methods	<p>a) Methods</p> <p>b) Subgroups/Interactions</p> <p>c) Missing</p> <p>d)- Loss to follow-up (Cohort) - Matching of cases (Case-Control) - Sampling strategy (Cross-sectional study)</p> <p>e) Sensitivity analyses</p>	<p>Describe all statistical methods, including those used to control for confounding.</p> <p>Describe any methods used to examine subgroups and interactions.</p> <p>Explain how missing data were addressed.</p> <p><b>12</b> Cohort study—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed Case-control study—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed Cross-sectional study—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy.</p> <p>Describe any sensitivity analyses.</p>	
<b>Results</b>	13	Participants	a) Numbers of individuals	<b>13</b> Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed.	
			b) Reasons for non-participation/Loss		Give reasons for non-participation at each stage.
			c) Flow diagram		Consider use of a flow diagram.
	14	Descriptive data	a) Characteristics of participants	<b>14</b> Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders.	
			b) Missing data for each variable		Indicate number of participants with missing data for each variable of interest.
			c) Follow-up time (Cohort study)		Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
	15	Outcome data	- N° Outcome events over time (Cohort) - N° Each exposure category (Caso Controle) - N° Outcome events (Estudios Seccionais)	<b>15</b> Cohort study—Report numbers of outcome events or summary measures over time. Case-control study—Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure. Cross-sectional study—Report numbers of outcome events or summary measures.	
	16	Main results	a) Estimates	<b>16</b> Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included.	
			b) Category boundaries		Report category boundaries when continuous variables were categorized.
			c) Relative/Absolute risk		If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period.

	17	Other analyses	<b>17</b>	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses.
<b>Discussion</b>	18	Discussion	<b>18</b>	Summarise key results with reference to study objectives.
	19	Limitations	<b>19</b>	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias.
	20	Interpretation	<b>20</b>	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence.
	21	Generalisability	<b>21</b>	Discuss the generalisability (external validity) of the study results.
<b>Other information</b>	22	Funding	<b>22</b>	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based.
<b>Total</b>				
<b>Total (%)</b>				

Sources: von Elm et al. (2008); Vandembroucke et al. (2014) (Adapted)

The STROBE is scored using: 0 = item not reported, 1 = item reported inadequately, 2 = item reported adequately, and N/A = not applicable

**Table 4.** Descriptive analysis of included studies (n=7)

Author/Year/ Country of origin	Journal and Impact factor	Main objective	Design	Sample					Instruments			Results
				N	Mother's age	Infant's age (in months)	Maternal schooling and occupation	Loss history	Assessment of loss and/or bereavement	Child development assessment	Other variables**	
Côté-Arsenault, Leerkes & Zhou (2019)  USA	Journal of Reproductive and Infant Psychology  0.863 (2018)	To examine the impact of past perinatal loss on mothers and children in a community sample and to consider maternal race and adult attachment as moderators.	Longitudinal	n=204 (nLOSS=58; nNO=146)	M=25.38	42-60	2 year college degree or less= 107 (52.97%) More than 2 year college= 95 (47.03%)	Gestational and perinatal loss	Loss condition: no loss, one loss or multiple losses: Questionnaire (Theut, et al., 1992)	The Strange Situation (Aimsworth et al, 1978)	- <b>Attachment pattern:</b> Adult Attachment Interview (AAI) - <b>Depression:</b> Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) - <b>Marital satisfaction:</b> Aspects of Marital Life Questionnaire (MSQ; Huston, McHale, & Crouter, 1986); - <b>Maternal attitudes:</b> Maternal Attitude Questionnaire (Theut et al, 1992) - <b>Maternal sensitivity</b>	- No differences between groups with loss and without loss in relation to moderators (race and maternal attachment); - Mothers who experienced losses later in gestational period had less positive feelings about parenting and their children had less secure attachments to them - Mothers who had more perinatal losses had higher depressive symptoms and less positive attitudes about parenting
Alexandre et al. (2015)  Belgium	The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine	To explore mother- infant interactions following prior medical termination of	Cross-sectional, exploratory, descriptive, comparative study*	n=12 (clinical group) n=5 (control group)	n(LOSS)= 31.9 (26-41); n(NO)= 32.2	6-7	Not mentioned	Gestational loss (TOP)	Perinatal Grief Scale (PGS; De Tychey, 2000);	- Projective Kit for Early Childhood (PKEC; Roman, 2005);	- <b>Maternity interview:</b> Stern's R- Interview (Stern	- Unresolved grief is associated with more disturbances: no dyadic exchange,

	1.569 (2018)	pregnancy (TOP) and the impact on the infant's development.			(28-40)				Semi-structured interview	- Brunet-Lézine's Revised Scale (BL-R; Josse, 2001)  - Greenspan and Lieberman Observation Scale (GLOS; Greenspan & Lieberman, 1980)	et al., 1989)	language disruptions and withdrawal from the environment; - The later the perinatal loss, the less likely children are to express their emotions and respond contingently; - Adequate psychomotor development; - Mother-infant interactions following a prior late TOP could undergo disturbances, which do not lead systematically to pathogenic effect on the subsequent child. Nevertheless, unresolved grief could lead to adverse effects.
<b>Hughes et al. (2006)</b>  England	Attachment & Human Development  2.215 (2018)	To investigate factors that predict infant disorganization in mother classified as having unresolved/disorganized state of mind in relation to stillbirth (Usb).	Prospective cohort study*	n(LOSS)= 31 n(NO)= 21	Not mentioned	12	Not mentioned	- Perinatal loss (stillbirth after 18 weeks gestation)	- Attachment pattern/State of Mind (Unresolved): Adult Attachment Interview (AAI)	The Strange Situation (Aimsworth et al, 1978)	- <b>Characteristics of Sample:</b> Demographic questionnaire <b>- Attachment pattern:</b> Adult Attachment Interview (AAI) <b>- Depression:</b> Edinburgh Postnatal	- Social and attachment factors do not predict infant disorganization. - Usb mothes of non-disorganized infants showed higher levels of depression and of intrusive thoughts during pregnancy,

											Depression Scale (EPDS) - <b>Anxiety:</b> Spielberger State-Trait Inventory (STI) - <b>Posttraumatic Stress Disorder:</b> PTSD-I Interview	and higher levels of intrusive thoughts when the infant was 1 year old.
<b>Turton et al. (2004)</b> England	Attachment & Human Development 2.215 (2018)	To investigate whether Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) due to traumatic loss (stillbirth) predicts infant disorganized attachment in next-born children; and whether there are any association between Unresolved State of Mind (U) and PTSD.	Prospective cohort study	n=52	Not mentioned	12	Not mentioned	- Perinatal loss (stillbirth after 18 weeks gestation)	- Attachment pattern/State of Mind (Unresolved): Adult Attachment Interview (AAI)	The Strange Situation (Aimsworth et al, 1978)	- <b>Characteristics of Sample:</b> Demographic questionnaire - <b>Attachment pattern:</b> Adult Attachment Interview (AAI) - <b>Posttraumatic Stress Disorder:</b> PTSD-I Interview	- No significant correspondence between U and PTSD, nor among PTSD and infant disorganized attachment.
<b>Hughes et al. (2001)</b> England	Journal of Child Psychology and Psychiatry 6.129 (2018)	To examine the relationship between previous stillbirth and the next child's pattern of attachment.	Case controlled study	n(total)= 106 n(LOSS)= 53 n(NO)= 53	Loss Group: M=29.9; sd=5.4, ranging from 20-46  No loss Group: M=29.5; sd=5.1, ranging from 20-43	12	LOSS= 43(81%)  NO= 49(94%)	- Perinatal loss (stillbirth after 18 weeks gestation)	- Attachment pattern/State of Mind (Unresolved): Adult Attachment Interview (AAI)	The Strange Situation (Aimsworth et al, 1978)	- <b>Characteristics of Sample:</b> Demographic questionnaire - <b>Attachment pattern:</b> Adult Attachment Interview (AAI)  - <b>Depression:</b> Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Beck Depression	- Infants next-born after stillbirth showed significant increase in disorganization of attachment compared with control infants (primiparous mothers), which was strongly predicted by maternal unresolved status with respect to loss.

											Inventory (BDI; Beck et al, 1961)  - <b>Anxiety:</b> Spielberger State-Trait Inventory (SSTI; Spielberger, 1970)  - <b>Posttraumatic Stress Disorder:</b> PTSD-I Interview	- Maternal history of stillbirth may be a risk factor for infant disorganized attachment.
<b>Bakermans-Kranenburg et al. (1999)</b>  Netherlands	Attachment & Human Development  2.215 (2018)	Add to the AAI Instrument a question about loss of a child by abortion and check whether there is association between gestational loss and infant disorganized attachment in next-born child.	Cross-sectional*	n=85	M=31.4; sd=3.6	6-12	At least 12 years of education 60% worked out of home for about 22.5 hr on average.	Gestational loss.	- Attachment pattern/State of Mind (Unresolved): Adult Attachment Interview (AAI) Plus the question about abortion added by the authors.	The Strange Situation (Ainsworth et al, 1978)	- <b>Attachment pattern:</b> Adult Attachment Interview (AAI)	Unresolved loss predicts infant disorganized attachment only in mothers whose attachment is insecure. In secure mothers, there was no significant association between unresolved loss and infant disorganized attachment.  - Unresolved loss (AAI) were not associated with the amount of time elapsed since the loss, but with the gestational age at which the loss occurred.
<b>Heller &amp; Zeanah (1999)</b>	Infant Mental Health Journal  1.267 (2018)	Assess the attachment pattern of infants born subsequent to perinatal loss.	Longitudinal*	n(mothers)=19 n(infants)=20	M=31	12	Not mentioned	- Perinatal loss - 36% of the participants	Perinatal Loss Interview (Danis & Zeanah, 1991)	The Strange Situation (Ainsworth et al, 1978)	Not mentioned	- Infants born subsequent to a perinatal loss were significantly

USA								had suffered a pregnancy loss previous to this perinatal loss.				more likely to develop disorganized attachment patterns when compared to infants from other demographically equivalent samples. - Mothers of secure infants are more likely to be classified as autonomous in coping with grief, while mothers of disorganized infants tended to be classified as dependent.
-----	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*Classification by the authors of this review; \*\*Bold down  
 LOSS: One or more losses; NO: No losses. *Usb: State Unresolved of Mind*

**Table 5.** Results of analysis using STROBE criteria.

	Item N°	Items	Côté-Arsenault, Leerkes & Zhou (2019)	Alexandre et al. (2015)	Hughes et al. (2006)	Turton et al. (2004)	Hughes et al. (2001)	Bakermans-Kranenburg et al. (1999)	Heller & Zeanah (1999)	
<b>Title and Abstract</b>	1	a) Design	2	0	0	0	0	0	0	
		b) Abstract	2	1	2	1	2	1	1	
<b>Introduction</b>	2	Background	2	2	2	2	2	2	2	
	3	Objectives	2	2	2	2	2	2	2	
<b>Methods</b>	4	Study design	2	0	1 (Hughes et al., 2001, 2004)	2	2	1 (Schuengel et al, 1999)	1	
	5	Setting	1	1	1 (Hughes et al., 2001)	0	1	1	2	
	6	Participants	a) Eligibility and Selection	2	2	2 (Hughes et al., 2001)	2	2	2	2
			b) Matching criteria	NA	NA	NA	NA	2 (Hughes et al, 1999)	NA	NA
	7	Variables	2	2	1	2	2	2	2	
	8	Data sources/measurement	2	2	2	2	2	2	2	
	9	Bias	2	0	0	2	2	2	2	

								(Schuengel et al., 1999)		
	10	Study size	1	0	0	0	0	0	0	
	11	Quantitative variables	2	2	2	2	2	1	1	
	12	Statistical methods	a) Methods	2	0	1	2	2	1	1
			b) Subgroups/Interactions	2	1	0	2	2	0	1
			c) Missing data	2	0	0	0	0	0	2
			d) - Loss to follow-up ( <i>Cohort</i> ) - Matching of cases ( <i>Case-Control</i> ) - Sampling strategy ( <i>Cross-sectional</i> )	2	0	2	2	2	0	2
			e) Sensitivity analyses	2	0	0	0	0	0	0
<b>Results</b>	13	Participants	a) N°of individuals	2	2	2 (Hughes et al., 2001)	2	2	2 (Schuengel et al., 1999)	2
			b) Reasons for non-participation/Loss	1	0	2 (Hughes et al., 2001)	2	2	2 (Schuengel et al., 1999)	2
			c) Flow diagram	0	0	0	0	0	0	0
	14	Descriptive data	a) Characteristics of participants	2	2	0	0	2	1 (Schuengel et al., 1999)	2
			b) Missing data for each variable	0	2	0	0	0	0	0
			c) Follow-up time ( <i>Cohort</i> )	1	NA	2	1	NA	NA	NA

	15	Outcome data	- N° Outcome events over time ( <i>Cohort</i> ) - N° each exposure category ( <i>Case Control</i> ) - N° Outcome events ( <i>Cross-sectional</i> )	2	2	2	2	2	2	2	
	16	Main results	a) Estimates	1	NA	1	1	1	0	NA	
			b) Category boundaries	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
			c) Relative/Absolute risk	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	17	Other analyses		2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
<b>Discussion</b>	18	Key results		2	2	2	2	2	2	2	
	19	Limitations		2	2	2	0	2	0	2	
	20	Interpretation		2	2	2	2	2	2	2	
	21	Generalisability		1	0	1	0	1	1	0	
<b>Other information</b>	22	Funding		2	2	2 (Hughes et al., 2001, 2004)	0	2	2 (Schuengel et al., 1999)	0	
<b>Total</b>				36/62	31/56	36/60	35/60	45/60	31/58	37/56	
<b>Total (%)</b>				58,06%	55,35%	60,00%	58,33%	75,00%	53,44%	66,07%	

The STROBE score is: 0 = item not reported, 1 = item reported inadequately, 2 = item reported adequately, and N/A = not applicable

<sup>1</sup>The articles cited throughout the table correspond to the place where the item information is presented.

**6 ARTIGO 2: LUTO PELA PERDA DE UM FILHO DURANTE A GESTAÇÃO E AS REPERCUSSÕES DO TRAUMÁTICO NA MATERNIDADE: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS COM DADOS CONTRASTANTES**

**LUTO PELA PERDA DE UM FILHO DURANTE A GESTAÇÃO E AS REPERCUSSÕES DO TRAUMÁTICO NA MATERNIDADE: ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS COM DADOS CONTRASTANTES**

Gabriela N. Maia<sup>1</sup>, Luiza G. C. Rodrigues e Daniela C. Levandowski

PG Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Periódico Psicologia Clínica

Dra. Daniela Centenaro Levandowski

Outubro 29, 2021.

<sup>1</sup> Gabriela Nunes Maia, Rua Sarmiento Leite, 245, Sala 207, Departamento de Psicologia, Centro Histórico, 90050-170. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. gabisnmaia@gmail.com

## **Resumo**

Considerando as perspectivas de Winnicott e Ferenczi, objetivou-se compreender o processo de luto e o potencial traumático da perda gestacional (PG), e analisar as suas eventuais repercussões na vivência da maternidade de quatro mulheres. Nesse estudo de casos múltiplos contrastantes, empregou-se um questionário sociodemográfico, o *Brief Symptom Inventory* e o *Prolonged Grief Disorder-13*, além de entrevista semiestruturada. Os casos foram analisados comparativamente. Apenas em duas mães identificou-se um processo de luto decorrente da PG, que transcorreu sem complicações. Contudo, observou-se repercussões do potencial traumático da vivência da PG na maternidade em todas as mães. A PG é uma experiência complexa e profissionais da saúde devem proporcionar acolhimento às mulheres, respeitando as suas singularidades.

*Palavras-chave:* Maternidade; Perda gestacional; Relação mãe-bebê; Trauma; Psicanálise.

## **Abstract**

Considering Winnicott and Ferenczi theoretical approaches, this study aimed to understand the grieving process and the traumatic potential of pregnancy loss (PL), and to analyze its possible repercussions on the experience of motherhood of four mothers. In these multiple cases study, it was used a sociodemographic questionnaire, the Brief Symptom Inventory and the Prolonged Grief Disorder-13, besides a semi-structured interview. The cases were analyzed comparatively. Also two mothers experienced a grieving process resulting from the PL, without complications. However, the repercussions of the traumatic potential of the

PL experience were observed on motherhood in all cases. PL is a complex experience, and the health professionals must provide care to women, respecting its singularities.

*Keywords:* Motherhood; Pregnancy loss; Mother-infant relationship; Trauma; Psychoanalysis.

### **Resumen**

Considerando las perspectivas de Winnicott y Ferenczi, esse estudio objetivó comprender el proceso de duelo y el potencial traumático de la pérdida del embarazo (PE), y analizar sus posibles repercusiones en la experiencia de maternidade de cuatro madres. En ese estudio de casos multiples se utilizaron un cuestionario sociodemográfico, el Brief Symptom Inventory y el Prolonged Grief Disorder-13, además de entrevista semiestructurada. Los casos fueron analizados comparativamente. Mientras dos madres experimentaron un proceso de duelo por la PE, pero sin complicaciones. Todavía, se observó las repercusiones del potencial traumático de la experiencia de PE en la maternidade em todas las madres. La PE es una experiencia compleja y los profesionales de salud deben atender a las mujeres, respetando sus singularidades.

*Palabras clave:* Maternidad; Pérdida del embarazo; Relación madre-hijo; Trauma; Psicoanálisis.

## 1. Introdução

A saúde mental da mulher ou casal que vivenciou a perda de um filho tem sido bastante investigada (Adebayo *et al.*, 2019; Côté-Arsenault *et al.*, 2019; Eklund *et al.*, 2020; Smith *et al.*, 2020). Um estudo realizado na Alemanha (Baumann *et al.*, 2020) evidenciou altas taxas de sintomas de estresse pós-traumático (74.9%) e depressivos (59.1%) nos genitores, além de dificuldades no processo de luto (49.5% luto prolongado, 84.2% luto complicado). Uma revisão de literatura (Fortin & Keitel, 2021) indicou que a gestação subsequente à PG pode ser vivenciada como um trauma e repercutir na saúde mental materna. Outro estudo de revisão (Barlé *et al.*, 2017) indicou que a própria PG pode se configurar como traumática, em virtude de suas características de imprevisibilidade, suposta preventabilidade, presenciar a morte (no caso das mulheres, no próprio corpo); e ocorrências múltiplas (Fortin & Keitel, 2021).

A partir do conceito de trauma elaborado por Winnicott (1965/2018; 1986/2021) e Ferenczi (1934/1992), pode-se compreender a PG como uma experiência potencialmente traumática. Para Winnicott, o trauma seria uma vivência composta de situações intensas e dolorosas, em que a experiência individual sofreria grande intrusão do mundo externo, de forma súbita e/ou imprevisível (Winnicott, 1989/1994). Em função dessa intrusão de um fato real que causa decepção e sofrimento intenso, o sujeito pode ficar momentaneamente paralisado e experimentar amargor, ressentimento e quebra de confiança (Dias, 2017). Além disso, Winnicott (1965/2018) considerava uma situação como traumática quando o indivíduo não encontra uma provisão ambiental suficiente para apoiar o seu desenvolvimento, especialmente em condição de dependência absoluta (como é o caso do bebê) e, por isso, de vulnerabilidade física e psíquica. Na vida adulta, entende-se que a transição para a maternidade poderia colocar a mulher em uma condição complexa e delicada, pois, segundo Winnicott (1956/2000), ela entraria em um estado de sensibilidade exacerbada (“*preocupação materna primária*”). No

caso de uma PG, a mulher ficaria ainda mais vulnerável psiquicamente, diante da ruptura da *continuidade de ser* mãe, isto é, do processo de gestar física e psicologicamente um bebê.

Já para Ferenczi, o trauma seria equivalente a um aniquilamento do sentimento de si, da capacidade de resistir, de agir e de pensar para a defesa do Si mesmo. Tal choque geraria uma grande desorganização nas capacidades e funções egóicas, denominada comoção psíquica. É essa comoção que acarreta a redução parcial ou total do sentimento de confiança em si e no mundo (Ferenczi, 1934/1992). No caso de uma PG, o choque referido a partir da descoberta da morte do bebê, devido à intensidade dessa experiência, pode provocar essa comoção psíquica, indicando o seu potencial traumático. Ademais, para Ferenczi (1931/1992), o trauma seria constituído por dois momentos: o evento traumático em si e a forma como o ambiente acolhe o sujeito após a situação. O traumatismo patogênico é provocado justamente pela negação da vivência dolorosa - o desmentido, envolvendo a não validação perceptiva e afetiva da vivência dolorosa, o não reconhecimento, e o descrédito da condição de sujeito vitimizado pelo entorno. Considerando-se a invalidação social da PG, referida na literatura (Diamond *et al.*, 2020; Fortin & Keitel, 2021; Smith *et al.*, 2020), percebe-se este movimento de “desmentida”.

Apesar do potencial traumático dessa vivência, ainda são escassos e inconclusivos os estudos sobre o impacto da perda de um filho no exercício da maternidade. Os poucos estudos existentes têm focado mais nos impactos da PG na gestação subsequente (Fortin & Keitel, 2021; Meredith *et al.*, 2017), mas não na maternidade, e poucos consideram os filhos nascidos antes dessa experiência. Dentre os estudos sobre os impactos da PG na maternidade, uma investigação longitudinal norte-americana (Côté-Arsenault *et al.*, 2019) indicou que mães com múltiplas PG apresentaram sintomas depressivos aos 12 meses e aos cinco anos da criança, além de menos sentimentos positivos em relação à maternidade. Já mães com PG tardia apresentaram menos satisfação em relação ao cuidado do bebê.

No presente estudo, buscou-se compreender o processo de luto de mulheres que sofreram PG e que possuem filhos (nascidos antes e depois da perda), a fim de investigar o seu potencial traumático e analisar suas eventuais repercussões na vivência da maternidade, considerando as perspectivas de Winnicott e Ferenczi. A compreensão do tema possibilita aprimorar a formação de profissionais da saúde e a elaboração de estratégias de cuidado às mulheres e famílias.

## **2. Método**

### ***2.1 Delineamento***

Estudo de casos múltiplos contrastantes (Yin, 2016), qualitativo e transversal, elaborado a partir de dados derivados do Projeto XXX

### ***2.2 Participantes***

Como critério de inclusão no Projeto XXX, as mães deveriam ter ao menos um bebê (6 a 24 meses) nascido após uma PG. A presença de indicativo de psicopatologia materna severa (por exemplo, esquizofrenia e transtorno de personalidade borderline/antissocial) foi considerada critério de exclusão. Integraram este estudo todas as participantes do Projeto XXX que possuíam filho(s) nascido(s) anteriormente à perda (n=4). Na Tabela 1 constam as características sociodemográficas das participantes e de seus filhos.

*Incluir Tabela 1*

### ***2.3 Instrumentos***

*Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos* (adaptada de NUDIF, 2008a), para caracterizar as mães e seu contexto, com informações sobre moradia, escolaridade, ocupação, tempo de relacionamento amoroso, situação de saúde, etc.

*Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1993; validado para Portugal por Canavarro, 1999): composto por 53 questões (escala *Likert-5* pontos), que avaliam a presença de sintomas

psicopatológicos, divididas em nove subescalas (*alphas*): somatização ( $\alpha=0,84$ ), obsessões-compulsões ( $\alpha=0,82$ ), sensibilidade interpessoal ( $\alpha=0,86$ ), depressão ( $\alpha=0,90$ ), ansiedade ( $\alpha=0,85$ ), hostilidade ( $\alpha=0,83$ ), ansiedade fóbica ( $\alpha=0,79$ ), ideação paranóide ( $\alpha=0,84$ ), e psicoticismo ( $\alpha=0,80$ ). Além das subescalas, calculou-se o Índice de Sintomas Positivos (ISP), que corresponde a uma média de todos os subtipos de sintomas ( $ISP \geq 1,7$  sinaliza indícios de problemas na saúde mental; Canavarro, 2007).

*Questionário sobre Situações de Perda* (QSP, Vescovi *et al.*, 2017), para verificar a ocorrência de perdas maternas e descrever as suas principais características (pessoa perdida, momentos de ocorrência, causas, etc.).

*Prolonged Grief Disorder-13* (PG-13, validado para o Brasil por Delalibera *et al.*, 2017): composto por 13 questões (11 de múltipla escolha, escala *Likert-5* pontos, e duas com resposta “sim”/“não”) para avaliar a presença de sintomas de luto prolongado. Para o diagnóstico, é necessário pontuar em todos os critérios: (A) perda de filho; (B) ansiedade ou angústia de separação; (C) forte desejo de encontrar a pessoa perdida por pelo menos seis meses; (D) apresentar pelo menos cinco sintomas: preocupação, ruptura/descontinuidade da identidade, descrença, evitação, intensa dor emocional, dificuldade em retomar atividades/relações sociais, dormência emocional, sentimento de falta de sentido da vida, sentimento de intensa solidão; e (E) comprometimento significativo em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes da vida.

*Entrevista sobre Vivência de Luto Materno e Experiência de Maternidade Atual* (versão adaptada de NUDIF, 2008b e Silva, 2012): de caráter semiestruturado, para investigar a experiência de PG e a vivência da maternidade.

## **2.4 Procedimentos de Coleta de Dados**

A divulgação da pesquisa iniciou em junho de 2017 em redes sociais (Facebook e Instagram), para a rede de contatos da equipe de pesquisa e em instituições de saúde. As mães também eram indicadas por outras participantes (*snow-ball*). Realizava-se um primeiro contato com as potenciais participantes por telefone para explicar os objetivos da pesquisa e verificar os critérios de inclusão e exclusão. Havendo concordância com a participação, agendava-se um encontro (presencial ou virtual) para a coleta de dados, que iniciava com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nas coletas online, o TCLE era enviado por email ou disponibilizado via *Google Forms*. Na sequência, aplicava-se os instrumentos quantitativos. Em um segundo encontro, um segundo TCLE era apresentado para leitura e assinatura, seguido da realização de uma entrevista individual, gravada em áudio para transcrição.

A coleta dos dados analisados neste estudo ocorreu entre novembro de 2018 e julho de 2020. Apenas um dos casos foi coletado durante a pandemia de COVID-19 os instrumentos quantitativos foram disponibilizados em um formulário eletrônico no software *SurveyMonkey*, cujo link de acesso foi enviado para a participante por *WhatsApp*. Já a entrevista foi realizada via *Google Meet*, tendo o áudio sido gravado em outro dispositivo.

### ***2.5 Procedimentos de Análise dos Dados***

Visando ampliar a integridade metodológica do estudo (Levitt *et al.*, 2018), a análise dos casos seguiu o princípio da triangulação de dados (Yin, 2016), integrando características sociodemográficas e clínicas das participantes, os resultados obtidos no PG13 e BSI (apresentados descritivamente) e relatos das entrevistas. Estas foram lidas exaustivamente pelas duas primeiras autoras, de modo independente e concomitante, para a identificação de conteúdos relevantes aos objetivos do estudo. A partir disso, elencou-se alguns eixos temáticos que serviram para guiar a construção do relato dos casos e das análises, que se deram de foram

individual (estratégia de proposições teóricas, com base nas perspectivas de Winnicott e Ferenczi) e comparativa (estratégia de síntese de dados cruzados, Yin, 2016), destacando semelhanças e diferenças entre os casos. Os eixos temáticos elencados pelas duas primeiras autoras foram revisados pela terceira autora.

## ***2.6 Considerações Éticas***

O Projeto XXX seguiu as diretrizes éticas vigentes para pesquisas com seres humanos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº 510/2016 e nº 466/2012). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição, nas suas diferentes modalidades de coleta. O TCLE informava os objetivos e cuidados éticos do estudo e garantiu-se acolhimento e encaminhamento para as mães que apresentassem sofrimento psíquico.

## **3. Resultados**

Em relação às características clínicas e de PG (Tabela 2), apenas uma das mães apresentou mais de uma perda. Embora sem um diagnóstico, todas as mães apresentaram sintomas psicopatológicos (Tabela 3) de caráter não clinicamente significativo. Também nenhuma alcançou pontuação para luto desadaptativo.

*Inserir Tabela 2*

*Inserir Tabela 3*

Segue o relato dos casos analisados. As participantes foram designadas como “M” (mães); os filhos nascidos antes da perda como “AP” e os filhos nascidos depois da perda, como “DP”.

### **3.1 M1 (37 anos, AP1: 05 anos; DP1: 11 meses)**

A primeira gestação de M1 fora gemelar e um dos bebês não sobreviveu. Durante essa gestação, ela sentiu muita angústia: “A [médica] disse que não se faz nada, [o feto morto] fica ali e ele pode ser absorvido, ou não. Foi horrível. Eu imaginava que tinha uma criança morta e uma

*criança viva*". Também referiu desespero, sentimento de incapacidade física e psicológica, vergonha, autoestima abalada, culpa e *"dor emocional e física"*. Quando soube da nova gestação – não planejada, cinco anos depois, M1 sentiu medo de reviver a situação de perda, o que gerou ansiedade intensa: *"Revivi tudo aquilo [dor, sofrimento, angústia, medo]. Até eu fazer a eco das 12 semanas, eu não contei pra ninguém que eu tava grávida e eu chorava muito ainda..."*. Sentiu-se aliviada após este exame ter confirmado tratar-se de um bebê saudável, passando a investir mais no filho: *"Aí teve um alívio e teve uma ruptura com essa questão do luto. [...] 'Tá [pensei comigo mesma], agora eu tenho um bebê que é saudável e eu vou viver isso aqui'. E aí essa questão da perda ficou um pouco de lado"*.

Com o acompanhamento de sua psicóloga, construiu com familiares e amigos um presente simbólico para o filho perdido na data do seu primeiro aniversário e o guardou, como forma de concretizar a existência do bebê. Isso foi sentido por ela como um ritual de despedida.

Comparou o início da vida do AP1 com a da DP1. Em função do luto, não se sentia completamente disponível para o filho recém-nascido: *"Porque eu acho que nosso primeiro ano de mãe e filho foi um ano difícil, porque ele tinha problema respiratório, refluxo, constipação e alergia. E eu [estava] muito triste ainda com essa perda."* Já em relação à DP1, a M1 sentia que suas etapas desenvolvimentais estavam sendo vivenciadas de maneira *"mais leve"*. Ela se sentia mais sensível para perceber os sinais da bebê e respeitar o tempo dela.

A M1 estava em acompanhamento psicológico desde o momento da PG. Ela percebia a indisponibilidade de muitas pessoas para falar sobre essa vivência, o que fez com que se afastasse de algumas delas.

### **3.2 M2 (37 anos; AP2: 07 anos; DP2: 18 meses)**

A M2 teve uma PG um ano antes de engravidar de DP2. A gestação foi planejada e perdê-la reativou vivências anteriores de perdas, que tanto ela quanto o companheiro ainda não tinham

conseguido elaborar adequadamente: mudança de cidade e afastamento de amigos e familiares; e mudança de profissão após uma carreira consolidada. O parto difícil da primeira filha também veio à tona, revelando-se como traumático. Para além da distância física, a M2 sentiu que as pessoas não deram a devida atenção a sua perda e aos sentimentos decorrentes dela: *"O luto de um aborto, ele é muito complicado, porque ele não é validado pelas demais pessoas. Elas [falam] '[...] tá tudo bem, logo vocês vão ter outro!'. Elas não se sentiam à vontade de conversar comigo sobre a perda [...] Então, muitos disseram 'Ele praticamente nem era um bebê'. Mas ele era meu filho"*. A PG foi referida como sendo uma perda diferente, pela incompreensão social, pela ausência de saudade e pelo intenso sofrimento: *"É uma ferida que cicatriza. [...] a perda do bebê foi literalmente o toque da morte, [...] de uma dor inexplicável, não pode ser dita em palavras"*.

O casal realizou tratamento psicoterapêutico individualizado, porque *"A perda desse bebê mexeu em muitas coisas da nossa vida"*, o que foi importante para o seu processo de luto decorrente dessas outras perdas. Como parte da psicoterapia, a M2 realizou um ritual de despedida do bebê perdido.

Durante toda a gestação subsequente à PG, M2 reviveu sentimentos de ansiedade e de medo da perda e/ou de parto traumático. O acompanhamento médico mostrou-se importante, pois sentiu seus medos e ansiedades valorizados, o que levou o profissional a adotar condutas flexíveis (por exemplo, solicitação de número maior de exames laboratoriais e de imagem que o usual).

Em relação à maternidade, M2 entendia que, com a primeira filha, tudo aconteceu de maneira mais fluida: *"Ela [AP2] tem muita coisa parecida comigo que eu tinha me esquecido. Ela me trouxe um resgate de mim e muito isso eu trabalhei na terapia depois da perda do bebê"*. Já o

DP2 se mostrava mais desafiador: *“Ele veio me ensinar também sobre o não controle das coisas [...] porque ele veio na hora dele, faz tudo na hora dele.”*

### **3.3 M3 (41 anos; AP3: 8 anos – desenvolvimento atípico; DP3: 8 meses)**

Quando seu primeiro filho estava com cinco anos (AP3), a M3 engravidou e logo revelou a notícia para a família e os amigos. A PG ocorreu por volta das 12 semanas: *“Eu tenho como um momento de muito sofrimento, mas não é algo que eu leve comigo”*. Após esse acontecimento, ela e o companheiro seguiram desejando ter mais um(a) filho(a). Contudo, as demandas do primogênito (desenvolvimento atípico), o aumento considerável do volume de trabalho, e o medo de uma nova perda e de gerar outro filho atípico adiaram esse sonho. Após dois anos da PG, a M3 engravidou e não comunicou a novidade, por temer uma nova perda. Ao mesmo tempo, essa gestação auxiliou na superação da PG: *“Como a gente engravidou de novo, essa perda se superou, porque a gente teve outro filho (...) Certamente mudou a minha vida em algum aspecto, mas não é algo que eu lembre todos os dias: ‘Perdi um filho...’. Não, não perdi um filho. Eu tive uma situação de aborto”*. Além disso, a necessidade de estar atenta e cuidar dos outros filhos não permitiram focar na PG: *“Não foi algo que tenha deixado uma chaga na gente... Depois veio a DP3, depois de um tempo, e é ela que nos importa. O foco é ela e o AP3”*.

Ao falar sobre a perda, a M3 comparou a experiência com o AP3 (mais desafiadora, por ser atípica) e com a DP3: *“A gente só consegue ver agora. Olhando lá pra trás, pra nós, era tudo normal [possíveis atrasos no desenvolvimento do filho]. Porque era nosso primeiro filho.”*. Apesar da pouca idade, a M3 percebe a DP3 como sendo *“muito independente”*.

### **3.4 M4 (41 anos, AP4.1: 6 anos; AP4.2: 4 anos; DP4: 2 anos)**

Um ano antes de engravidar de DP4, a M4 teve duas PG. Ela relatou não ter sofrido muito com essas experiências: *“Acabei perdendo, mas foi assim bem tranquilo, né? Eu não tive muita dor,*

*não precisei fazer nenhuma intervenção médica, né? Foi aborto espontâneo*". Em função disso, M4 considera que *"Como veio, foi. Foi algo natural. Apesar de a gente querer muito, foi natural. Não precisou ser elaborado. Não teve angústia"*. Ao mesmo tempo, referiu dúvidas acerca da sua responsabilidade frente às perdas: *"E eu acho que acabei fazendo força demais, porque foi logo o primeiro mês [a PG] [...] [pensei]: 'Fiz bobagem, né?!'"*. O casal não contou para pessoas próximas e para os filhos sobre estes acontecimentos.

Quando engravidou novamente, a M4 contou não ter tido tempo de se preocupar com uma nova possível PG, em função das demandas domésticas e de cuidado dos outros filhos: *"Não deu tempo, né? Porque é tanta coisa pra fazer e arrumar"*. A espiritualidade se mostrou muito presente na sua forma de entender e vivenciar a experiência de PG: *"É que também [...] a gente acredita muito em Deus, sabe? E assim como Deus nos dá, a gente crê, que ele também pode nos tirar"*. O nascimento do DP4 foi marcado por imensa alegria e sensação de empoderamento frente à experiência de ter gestado uma vida: *"Você se sente a pessoa mais incrível do mundo. [...] É de se sentir assim completa, preenchida"*. A M4 percebeu o início da vida do DP4 mais difícil, quando comparada aos demais filhos, pela maior dificuldade em se organizar e manter uma rotina: *"Quando ele nasceu, chorava bastante, então, foi difícil um pouco. [...] Alguma coisa o incomodava. Ele teve um deslocamento do ombro na hora do parto [...] a gente não sabia disso"*. Quando essa situação clínica foi identificada e tratada, a rotina melhorou. Outra diferença de DP4 em relação aos irmãos mais velhos, segundo M4, foi a seletividade alimentar, que durou aproximadamente até os 18 meses de vida.

#### **4. Discussão**

Foi possível identificar aspectos semelhantes e diversas peculiaridades entre os casos analisados. Duas mães referiram o sentimento de perda de filho e a vivência de um processo de luto posterior à PG (M1 e M2). Pode-se entender que a experiência de PG, por acontecer de

forma súbita e sem preparação, causou um grande desprazer, o que caracteriza a comoção psíquica descrita por Ferenczi (1934/1992), que pode vir a deixar uma cicatriz simbólica no psiquismo materno.

Já na perspectiva de Winnicott, a PG pode ser considerada uma situação de intrusão ambiental, a qual a mulher pode significar como decorrente de uma falha do seu próprio corpo na sustentação da gestação, corpo este pode ser entendido como parte do ambiente da mulher/mãe. Devido à incapacidade de seguir com a gravidez até o fim, a mulher pode se sentir inconscientemente como falha e incapaz de ser mãe. A mulher, mesmo já tendo alcançado uma condição de integração do eu (Fulgencio, 2004), pode vivenciar, a partir da imprevisibilidade da experiência de perder um filho, uma ruptura da sua continuidade de ser, o que acarreta um potencial traumático.

Já duas mães (M3 e M4) não consideraram ter perdido um filho ou mesmo vivenciado um luto após a PG. Elas parecem ter tido menor disponibilidade afetiva e de tempo para contatar com essa vivência e sua dor, devido às demandas de cuidado dos filhos já nascidos. As duas também não demonstraram a criação de um bebê imaginário (Winnicott; 1956/2000), o que ajuda a explicar a menor intensidade do sofrimento. Um estudo norte-americano (Hill *et al.*, 2017) indicou ausência do impacto de um aborto na autoestima de mulheres. Além disso, ter filhos vivos funcionou como um fator de proteção nos casos de perda (Hill *et al.*, 2017), o que também pode ser o caso no presente estudo. Por outro lado, a presença de algum nível de sofrimento psíquico após a notícia da PG concorda com a literatura a respeito das repercussões emocionais desse tipo de perda (Fortin & Keitel, 2021; Hill *et al.*, 2017).

O sofrimento em decorrência da PG, observado em algum nível nas participantes (M1, M2, M3), pode ser compreendido como uma dor narcísica, pela perda de uma parte de si mesma que o bebê costuma representar (Aguiar & Zornig, 2016; Fortin & Keitel, 2021; Freire &

Chatelard, 2009). À dor da ferida narcísica soma-se a dor física, podendo afetar a percepção de si mesma, já que a interrupção da gestação, como citado, pode ser sentida como uma falha ou incapacidade de ser mãe. Outros estudos apontam abalos na identidade e perda de confiança em si (Adebayo *et al.*, 2019) em mulheres que vivenciam uma PG.

Importante destacar que as mulheres que referiram a dor da PG e o processo de luto (M1 e M2) também relataram a percepção de não reconhecimento social desta perda. A validação social e a denominação adequada à perda vivida são fundamentais para o seu processo de significação e elaboração (Smith *et al.*, 2020), pois essa negação do sofrimento das mães exerce um desmentido (Ferenczi, 1931/1992) da experiência. Talvez justamente por validarem para si mesmas essa vivência de perda as participantes tenham sentido falta dessa postura do entorno, o que pode ter ocasionado a sensação de isolamento por elas referida. Na perspectiva winnicottiana, o não reconhecimento social pode denotar uma falha ambiental, a falta de um ambiente facilitador e/ou confiável (Adebayo *et al.*, 2019; Winnicott, 1965/2018; Winnicott, 1989/1994). Possivelmente tais aspectos também expliquem os rituais de despedida realizados por algumas participantes, simbolizando vida/morte do bebê para elas e suas famílias.

Antes da PG, as participantes sentiam-se plenas e poderosas gestando (Iaconelli, 2007), especialmente a M1. Conforme Iaconelli (2007), a fantasia onipotente característica da gestação potencializa o efeito traumático quando ocorre a perda. Após a vivência traumática e seu desmentido, essa sensação de confiança em si e no mundo tende a diminuir (Adebayo *et al.*, 2019; Ferenczi, 1934/1992), o que foi visto na diminuição do número de pessoas em quem confiar (M1) ou no receio e preocupação de uma nova perda na gestação futura (M2).

Apesar da percepção de falta de reconhecimento social, as participantes relataram ter recebido apoio de algumas fontes, especialmente dos profissionais de saúde. Esse apoio foi sentido na conduta flexível às singularidades de cada mãe, pela adaptação dos protocolos conforme as

demandas maternas, pelo acolhimento no momento da perda e ao longo da gravidez subsequente (M1 e M2), pelas orientações psicológicas quanto ao processo de elaboração do luto (M3) e pelas orientações técnicas sobre cuidados durante a gestação subsequente (M4). Diferentemente de estudos anteriores (Adebayo *et al.*, 2018; Andipatina *et al.*, 2019), neste estudo percebeu-se um cuidado profissional, uma postura empática e adequada, possibilitando condições para uma melhor elaboração da perda (Tseng *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2020). Ainda em relação às fontes de apoio, embora amigos próximos (M1) tenham sido mencionados, destacou-se o apoio do companheiro (M2, M3 e M4). Conforme Adebayo *et al.* (2019), o suporte do companheiro mostra-se fundamental para um processo de luto mais adaptativo.

A imaterialidade e a ambiguidade da PG colocam muitas vezes a mulher numa condição de dúvida frente à própria percepção, à realidade da perda e à própria sanidade mental (Aguiar & Zornig, 2016; Freire & Chatelard, 2009), como visto em M1. De acordo com Ferenczi (1934/1992), a angústia traumática pode facilmente se transformar em medo da loucura.

Dentre as especificidades dos casos analisados, cabe comentar o fato de M1 ter tido a PG no contexto de uma gestação gemelar. Nesta situação, a ambiguidade de ter um bebê vivo (sobrevivente) e um bebê imaginário (morto) pode ser ainda mais complexa e acentuar o sofrimento materno, conforme indicado por um estudo realizado no Reino Unido (Jordan *et al.*, 2018). No relato de M1 foram percebidas repercussões da PG no início de vida do gêmeo sobrevivente, pela menor disponibilidade e maior angústia em relação à maternagem, por conta do enlutamento. Além disso, tais dificuldades podem estar associadas a possíveis fantasias relacionadas ao sentimento de incapacidade e de culpa pela perda do bebê (Aguiar & Zornig, 2016; Hill *et al.*, 2017; Jordan *et al.*, 2018).

Interessante observar ainda que, para a M2, a PG atuou como “gatilho” para situações de vida difíceis não acessadas conscientemente como traumáticas (o parto da AP2, a mudança de

cidade e de vida profissional). Assim, evidencia-se como o potencial traumático da PG pode ser intensificado pela sobreposição a outras vivências traumáticas, repercutindo sobre a maternidade, ou mesmo pode intensificar o sofrimento decorrente de perdas anteriores.

Uma perspectiva diferente sobre a PG foi encontrada em M3, para quem a possibilidade de vir a ter um segundo filho com desenvolvimento atípico (síndrome genética) parece ter sido um fator atenuante para o sofrimento decorrente da PG, já que a criança com desenvolvimento atípico impõe à família processos de luto ao longo de seu desenvolvimento (Emerson, 2020). Assim, o medo e/ou a preocupação de repetição dessa situação podem ter sido mais intensos que a dor da perda do bebê. Isso pode explicar o fato de a M3 não ter vivenciado luto e ter mencionado “*superação*” (sic) da perda a partir da chegada de um novo bebê saudável. Contudo, questiona-se o quanto essas vivências (PG e maternidade atípica) podem ter vulnerabilizado psicologicamente essa participante.

A espiritualidade emergiu como um aspecto relevante para a M4, concordando com achados de um estudo dinamarquês sobre PG ou neonatal (Eklund *et al.*, 2020). Também um estudo chinês (Tseng *et al.*, 2017) observou que pais sem crença espiritual tinham mais chance de apresentar maior sofrimento após a perda perinatal. Outro aspecto observado em M4 foi a maior referência aos aspectos positivos da maternidade em detrimento do sofrimento decorrente da PG. Essa valorização poderia ser entendida como uma ressignificação, assemelhando-se aos achados de Erato *et al.* (2021), que apontaram, após a vivência de PG, a atribuição de um novo sentido à maternidade, percebida como uma experiência mais positiva e recompensadora.

## **5. Conclusões**

Nesse estudo percebeu-se que a condição de imaterialidade da PG possibilita diferentes caminhos para as mulheres; enquanto algumas se questionam sobre a realidade da sua perda/dor (M1), outras necessitam um ritual de despedida para a sua elaboração (M1 e M2) e outras ainda

relatam pouca/nenhuma dor perante esse acontecimento (M3 e M4). A complexidade do fenômeno permite a abertura de diferentes vivências, desde o luto até a ausência de sofrimento psíquico.

O potencial traumático da experiência de PG, considerando a perspectiva de Winnicott e Ferenczi, repercutiu de alguma forma sobre a maternidade, especialmente na reorganização emocional e prática na maneira de entender e vivenciar o ser mãe. Entretanto, percebeu-se como este potencial traumático pode variar conforme o contexto de vida da mulher, a sua condição de saúde mental no momento da perda, as características da perda em si, a presença de uma rede de apoio e os cuidados recebidos por parte dos profissionais de saúde. Assim, embora o potencial traumático envolvido na PG e seus desdobramentos sobre a maternidade tenham sido identificados, a vivência de PG não necessariamente foi registrada como um trauma. Nesse sentido, destacou-se a importância do ambiente como recurso de apoio e validação da PG, pois a ausência disso dificultou o processo de elaboração do luto. Nesse sentido, reforça-se a importância do cuidado e manejo adequado da PG pelos profissionais de saúde e sociedade em geral, respeitando-se as singularidades de cada vivência de perda.

## **6. Limitações e Estudos Futuros**

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se o caráter transversal e o uso de apenas uma fonte de coleta de dados (mães). Estudos futuros devem acessar familiares para verificar possíveis impactos da PG na maternidade. Também, para investigar o potencial traumático desta perda, se recomenda a observação da interação mãe-bebê e o acompanhamento longitudinal das mães. Avaliar o desenvolvimento dos filhos se mostra relevante para compreender as repercussões da experiência de perda na maternidade.

- Adebayo, A., Liu, M., & Cheah, W. (2019). Sociocultural Understanding of Miscarriages, Stillbirths, and Infant Loss: A Study of Nigerian Women, *Journal of Intercultural Communication Research*, 48(2), 91-111. <https://doi.org/10.1080/17475759.2018.1557731>
- Aguiar, H. C., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. [Fetal grief: interruption of a promise]. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-281. <http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>
- Barlé, N., Wortman, C. B., & Latack, J. A. (2017). Traumatic Bereavement: Basic Research and Clinical Implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 127–139. <https://doi.org/10.1037/int0000013>
- Baumann, I., Kunzel, J., Goldeck, L., Tutus, D., & Niemitz, M. (2020). Prolonged Grief, Posttraumatic Stress, and Depression Among Bereaved Parents: Prevalence and Response to an Intervention Program. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–19. <https://doi.org/10.1177/0030222820918674>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. [Brief Symptom Inventory: BSI]. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109) [Psychological tests and Instruments in Portugal]. SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Breves – B.S.I. [Brief Symptom Inventory: BSI]. In M. R. Simões, C. Machado, L. S. Almeida & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3, pp. 127-140). [Psychological Assessment: Validated Instruments for the Portuguese population]. Quarteto Editora.
- Côté-Arsenault, D., Leerkes, E.M., Zhou, N. (2019). Individual Differences in Maternal, Marital, Parenting and Child Outcomes Following Perinatal Loss: A Longitudinal

Study, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.  
<https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1579897>

Delalibera, M., Delalibera, T. A., Franco, M. H. P., Barbosa, A., Leal, I. (2017). Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. [Adaptation and validation for the brazilian population to assessment instrument prolonged grief disorder - PG-13]. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19(1), 94-106.  
<https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>.

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

Dias, E. O. (2017). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. [D. W. Winnicott's theory of maturation]. DWW Editorial.

Eklund, M.V., Prinds, C., Mørk, S., Damm, M., Möller, S., Hvidtjørn, D. (2020). Parents' religious/spiritual beliefs, practices, changes and needs after pregnancy or neonatal loss—A Danish cross-sectional study. *Death Studies*,  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821260>

Emerson, A. (2020). 'Room of Gloom': Reconceptualising Mothers of Children with Disabilities as Experiencing Trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 25(2), 124-140.  
<https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1658946>

Erato, G., Ciciolla, L., Shreffler, K.M., Greil, A.L. (2021). Changes in Importance of Motherhood Following Pregnancy Loss. *Journal of Family Issues*, 1–11.  
<https://doi.org/10.1177/0192513X21994138>

Ferenczi, S. (1931/1992). Análise de crianças com adultos. [Child-analysis in the analysis of adult]. In *Obras Completas Sándor Ferenczi* [Complete Works Sándor Ferenczi], Vol. 4. Editora Martins Fontes.

- Ferenczi, S. (1934/1992). Reflexões sobre o trauma. [Reflections on trauma] In *Obras Completas Sándor Ferenczi* [Complete Works Sándor Ferenczi], Vol. 4. Editora Martins Fontes.
- Fortin S., Keitel M. (2021). Nine Months of Labor: The Psychosocial Weight of a Pregnancy After a Gestational Loss. *Illness, Crisis & Loss*.  
<https://doi.org/10.1177/10541373211007850>
- Freire, T.C.G. & Chatelard, D.S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável? [Is abortion an irreparable narcissistic pain?]. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 4 (3), 1007-1022.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482009000300012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300012)
- Fulgencio, L. (2004). A noção de trauma em Freud e Winnicott. [The notion of trauma em Freud and Winnicott]. *Natureza humana*, 6(2), 255-270.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302004000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302004000200003&lng=pt&tlng=pt)
- Hill, P.W., Cacciatore, J., Shreffler, K.M., Pritchard, K.M. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. *Death Studies*, 41(4), 226-235. <http://doi.org/10.1080/07481187.2016.1261204>
- Jordan, A., Smith, P., & Rodham, K. (2018). Bittersweet: a qualitative exploration of mothers' experiences of raising a single surviving twin. *Psychology, Health & Medicine*, 23(8), 891–898. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1434215>
- Levandowski, D.C., Frizzo, G.B., Donelli, T.M.S., Wendland, J., Maia, G.N., Vescovi, G. (2016). Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno – Projeto LUTO. [Risk factors for psychofunctional symptoms in babies of young mothers: Focus on age, mental health and maternal grief - LUTO Project]. Projeto de pesquisa não publicado.

- Levitt et al. (2018) Journal Article Reporting Standards for Qualitative Primary, Qualitative Meta-Analytic, and Mixed Methods Research in Psychology: The APA Publications and Communications Board Task Force Report. *American Psychologist*, 73(1), 26-46. <http://doi.org/10.1037/amp0000151>
- NUDIF (2008a). Ficha de Dados Sociodemográficos. [Sociodemographic Data Sheet] Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- NUDIF (2008b). Entrevista sobre Experiência da Maternidade. [Interview about Motherhood Experience] Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Resolução n.º 510/2016, de 07 de abril. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, N.º 98, Seção 1 (pp. 44-46). <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Resolução n.º 466/2012, de 12 de dezembro. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, N.º 12, Seção 1 (pp. 59). <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Silva, P. N. (2012). Maternidade e relação mãe-bebê no contexto do luto materno. [Motherhood and mother-infant relationship in the context of maternal grief]. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, UNISINOS. São Leopoldo, RS.
- Smith, L.K., Dickens, J., Bender, A. R., Bevan, C., Fisher, J., Hinton, L. (2020). Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. *BJOG*, 127, 868–874. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16113>
- Tseng, Y-F, Cheng, H-R, Chen, Y-P, Yang, S-F, Cheng, P-T. (2017) Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *J Clin Nurs*, 26, 5133–5142. <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>

- Vescovi, G., Esswein, G. C., & Levandowski, D. C. (2017). Questionário sobre Vivências de Perdas [Questionnaire on Losses Experiences]. (Instrumento não publicado). NEEDS/UFCSPA.
- Yin, R.K. (2016). *Qualitative research from start to finish* — Second Edition. A Division of Guilford Publications. ISBN 978-1-4625-1797-8
- Winnicott, D. W. (1956/2000). *Da pediatria à psicanálise*. [Through Paediatrics to Psychoanalysis: Collected Papers] Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D.W. (1965/2018). A família e o desenvolvimento individual. [The Family and Individual Development]. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. Editora Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1989/1994). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. [The Concept of Trauma in Relation to the Development of the Individual Within the Family]. In. *Explorações psicanalíticas*. [Psycho-Analytic Explorations]. Editora Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989)

**Tabela 1.** Características sociodemográfica das participantes e de seus filhos

	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>
<b>Idade</b> (anos)	37	37	41	37
<b>Escolaridade</b>	Pós-graduação	Pós-graduação	Pós-graduação	Pós-graduação
<b>Estado Civil</b>	Casada	Casada	Casada	Casada
<b>Religião</b>	Luterana	Cristã	Católica	Batista
<b>Ocupação/ Trabalho formal</b>	Sim	Não	Sim	Não
<b>Distância em relação à família e amigos</b>	Perto	Longe	Perto	Longe
<b>Ajuda para o cuidado dos filhos*</b>	Mãe (avó materna), sogra (avó paterna) e Babá	Não	Babá	Mãe (avó materna)
<b>Filho(s) nascido(s) antes da perda</b>				
	<b>AP1</b>	<b>AP2</b>	<b>AP3</b>	<b>AP4.1 e AP4.2</b>
<b>Idade irmã(os) mais velho (s)</b> (em anos)	5	7	8	6 e 4
<b>Sexo irmã(o) mais velho**</b>	Masc	Fem	Masc <sup>1</sup>	Fem e Masc
<b>Frequenta creche/escola</b>	Sim	Sim	Não	Sim
<b>Filhos nascidos depois da perda</b>				
	<b>DP1</b>	<b>DP2</b>	<b>DP3</b>	<b>DP4</b>
<b>Idade bebê</b> (em meses)	11	18	7	24
<b>Sexo bebê**</b>	Masc	Masc	Fem	Masc
<b>Frequenta creche/escola</b>	Não	Não	Não	Não

\*Pessoas encarregadas no cuidado dos filhos junto às participantes, para além do casal; \*\*Sexo: "Masc" = Masculino e "Fem" = Feminino; <sup>1</sup>Filho mais velho possui desenvolvimento atípico severo (síndrome genética).

**Tabela 2.** Características clínicas e da(s) perda(s) gestacional(is)

	Gestação(ões) anterior(es) à perda			Perda de filho*				Gestação pós-perda**			
	Quantas	Tratamento para engravidar	Gravidez planejada	Complicação durante a gestação	Tempo entre PG e nascimento do(s) filho(s) mais velho(s) (em anos)	Tipo	Quantas	Tempo entre PG e nascimento do bebê (em anos)	Tratamento para engravidar	Gravidez planejada	Complicação durante a gestação
<b>M1</b>	1	Não	Não	Sim	5	PG <sup>1</sup>	1	5	Não	Não	Não
<b>M2</b>	1	Não	Sim	Não	5	PG <sup>2</sup>	1	1	Não	Sim	Não
<b>M3</b>	1	Não	Sim	Não	5	PG <sup>2</sup>	1	2	Não	Sim	Não
<b>M4</b>	2	Não	Sim	Não	4 e 2	PG <sup>2</sup>	2	1	Não	Não	Não

\*Perda aconteceu, no máximo, até cinco anos em relação ao momento de coleta de dados, necessariamente antes do bebê mais novo; \*\*Perguntas referentes à gravidez do bebê participante da pesquisa (nascido pós-perda); <sup>1</sup>Em gestação gemelar, apenas um bebê sobreviveu, que corresponde ao filho mais velho; <sup>2</sup>Início da gestação, a expulsão do feto foi realizada naturalmente, sem necessidade de intervenção médica; PG: Perda Gestacional

**Tabela 3.** Avaliação de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e do Luto Prolongado (PG13)

<b>BSI</b>				
	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>
<b>Somatização</b>	0,285	0,285	0,285	0
<b>Obsessões Compulsões</b>	1,666	0,333	0,666	0,166
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	1,75	0,75	0	1
<b>Depressão</b>	1,166	1	0	0,166
<b>Ansiedade</b>	0,666	0,333	0,166	0,333
<b>Hostilidade</b>	0,4	1,6	0,8	0,2
<b>Ansiedade Fóbica</b>	1,2	0	0,2	0
<b>Ideação Paranóide</b>	1,4	0,6	0,2	0,2
<b>Psicoticismo</b>	0,4	0,6	0,2	0
<b>ISP</b>	1,606	1,545	1,333	1
<b>PG13</b>				
<b>Dimensões</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>
<b>A</b>	Não	Sim	Não	Sim
<b>B</b>	Não	Não	Não	Não
<b>C</b>	Sim	Não	Não	Não
<b>D</b>	Não	Não	Não	Não
<b>E</b>	Sim	Não	Não	Não
<b>Luto Prolongado</b>	Não	Não	Não	Não

BSI - *Brief Inventory Symptoms*/ IGS - Índice Global Severidade; TSP - Total Sintomas Positivos; ISP - Índice Sintomas Positivos./ PG-13: *Prolonged Grief Disorder*; A. Evento: Perda Gestacional; B. Angústia de Separação; C. Duração de sintomas da angústia de separação; D. Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais; E. Comprometimento social e ocupacional

**7 ARTIGO 3: ASSOCIATIONS OF LOSING A CHILD WITH THE COUPLE RELATIONSHIP, MATERNAL MENTAL HEALTH, AND THE EMOTIONAL DEVELOPMENT OF SUBSEQUENT BABY**

**ASSOCIATIONS OF LOSING A CHILD WITH THE COUPLE RELATIONSHIP,  
MATERNAL MENTAL HEALTH, AND THE EMOTIONAL DEVELOPMENT OF  
SUBSEQUENT BABY**

Gabriela N. Maia<sup>1</sup>, Denise R. Bandeira e Daniela C. Levandowski

PG Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

OMEGA—Journal of Death and Dying

Dra. Daniela Centenaro Levandowski

Dra. Denise R. Bandeira

DOI: 10.1177/00302228221143821

Novembro, 2022.

<sup>1</sup> Gabriela Nunes Maia, Rua Sarmento Leite, 245, Sala 207, Departamento de Psicologia, Centro Histórico, 90050-170. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. gabisnmaia@gmail.com



Original Manuscript

# Associations of Losing a Child With the Couple Relationship, Maternal Mental Health, and the Emotional Development of the Subsequent Baby

OMEGA—Journal of Death and Dying  
2022, Vol. 0(0) 1–19  
© The Author(s) 2022  
Article reuse guidelines:  
[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)  
DOI: 10.1177/00302228221143821  
[journals.sagepub.com/home/ome](https://journals.sagepub.com/home/ome)

Gabriela Nunes Maia<sup>1</sup> , Denise Ruschel Bandeira<sup>2</sup>, and Daniela Centenaro Levandowski<sup>3</sup>

## Abstract

The loss of a child can impact maternal mental health and the emotional development of a subsequent baby. Couple relationship can help women to cope with this loss. This study investigates the association among child loss, maternal mental health (including prolonged grief), couple adjustment, and psycho-functional symptoms in the subsequent babies. 598 Brazilian mothers, recruited by convenience, took part in the study. Mothers with a baby loss (23%) presented greater age and religiosity, less income, a longer couple relationship, and better couple adjustment, and their baby presented a great number of symptoms. This population needs monitoring for early emotional assistance.

## Keywords

maternal loss, maternal grief, maternal mental health, couple relationship, infant emotional development, baby psycho-functional symptoms

<sup>1</sup>Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

<sup>2</sup>Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

<sup>3</sup>Psychology, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

## Corresponding Author:

Gabriela Nunes Maia, Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rua Sarmento Leite, 245, Centro Histórico, Porto Alegre 90050-170, Brazil.

Email: [gabrielan@ufcspa.edu.br](mailto:gabrielan@ufcspa.edu.br)

## Introduction

The loss of a child can impact maternal mental health (MMH), particularly when it happens during pregnancy. Several factors may hamper the grieving process, such as the lack of social recognition of the loss, the absence of memories of and with the baby, and lowered expectations regarding the future (Adebayo et al., 2019; Das et al., 2021; Gravensteen et al., 2018; Kim et al., 2021; Kokou-Kpolou et al., 2018). It can also interfere with mothering quality (Adebayo et al., 2019; Carolan & Wright, 2017; Das et al., 2021; Ordóñez et al., 2020; Tissot et al., 2016). One multicenter study (Goldstein et al., 2018) with 408 mothers bereaved due to sudden infant death syndrome observed, after 4 years, that half of them presented symptoms of prolonged grief. They reported intense emotional pain daily and dwelled on thoughts about their lost child. A French study (Kokou-Kpolou et al., 2018) with 98 mothers grieving due to perinatal loss also found depressive and maladaptive grief symptoms 10 years after the loss. Likewise, mothers of a Norwegian cohort (Gravensteen et al., 2018) who had experienced stillbirth showed intense symptoms of anxiety and depression during subsequent pregnancy and 36 months after the birth of the subsequent baby. These studies illustrate the need for follow-up with these mothers even after the birth of a new baby.

Concerning sociodemographic variables, in most studies with bereavement mothers, they tend to be older (Adebayo et al., 2019; Das et al., 2021; Faleschini et al., 2021; Ghimire et al., 2020; Gravensteen et al., 2018; Kokou-Kpolou et al., 2018; Zhang et al., 2022); however, this was not a consensus (Hill et al., 2017; Kim et al., 2021). There were contradictory outcomes, some studies findings highly educational standards (Faleschini et al., 2021; Kim et al., 2021; Kokou-Kpolou et al., 2018) and low (Gravensteen et al., 2018; Kim et al., 2021). In all these studies (Adebayo et al., 2019; Côté-Arsenault, et al., 2019; Das et al., 2021; Gravensteen et al., 2018; Kokou-Kpolou et al., 2018) most women had a couple relationship. Whereas Das et al. (2021) considered religion as an important variable to be analyzed, since can be linked with how people dealing with loss.

All these studies (Adebayo et al., 2019; Das et al., 2021; Gravensteen et al., 2018; Kokou-Kpolou et al., 2018) assessed mothers with and without a child loss, and only one analyzed nulliparous women (Gravensteen et al., 2018). Considering the type of loss, Kokou-Kpolou et al. (2018) assessed mothers with a pregnancy loss (67.9%) and after birth (32.1%), and Adebayo et al. (2019) and Das et al. (2021) evaluated women who experienced miscarriage, stillbirth, and/or an infant loss, and Gravensteen et al. (2018) only examined women who had a stillbirth.

Losing a child and living the bereavement process can impact motherhood and the relationship women will establish with the baby born after the loss (Adebayo et al., 2019; Côté-Arsenault, et al., 2019; Faleschini et al., 2021; Gravensteen et al., 2018). The transition to motherhood requires multiple (re)adaptations that can put the woman in a psychically vulnerable state (Brassel et al., 2020). This condition may be aggravated by a child loss and lead to the emergence of psychopathological symptoms. Goldstein et al. (2018) discussed the impact of losing a child because this loss

represents the end of an imaginary bonding, which can cause intense pain and distress, not only because of the loss but also due to the possibility of living another loss in a subsequent pregnancy. Kokou-Kpolou et al. (2018) evaluated negative cognitive states and depressive symptoms of women who had traumatic experiences when losing their children. Also, Gravensteen et al. (2018) noted depressive symptoms and anxiety during the subsequent pregnancy, whereas Das et al. (2021) verified, 9 months after the loss of a child, intense grief in mothers who had a stillbirth and median grief scores in mothers who had neonatal loss or infant loss. These findings highlight the susceptibility of maternal mental health with loss experiences and even more in the presence of a new baby.

On the other hand, the quality of couple adjustment has been considered a protective factor for MMH. A study conducted in Japan (Takeishi et al., 2021) with 24 mother-baby dyads verified a positive association between the couple adjustment and the absence of maternal depressive symptoms. A Canadian study (deMontigny et al., 2020) also found that mothers who see their partner as a parent in a positive way and have high relationship quality showed better MMH. Similar results were found in Switzerland (Tissot et al., 2016): babies (at ages 3–18 months) who presented behavioral problems live in a conflict-heavy environment, with little support in the couple relationship associated with the presence of mothers' depressive symptoms.

Focusing on the loss of a child, a Nigerian investigation (Adebayo et al., 2019) indicated its potential to destabilize the couple's relationship, at times leading to a break-up, as culturally it is seen as a failure of the relationship. However, research conducted in India (Das et al., 2021) did not verify that gender differences in dealing with grief are negative or motivate couple conflict. On the contrary, there was an improvement in relationship quality due to the greater emotional availability and support received from the partner. Buyukcan-Tetik et al. (2017) likewise noted that the perception of similarities between the couple in the experience of mourning the loss of a child is a relevant predictor of couple satisfaction.

It is possible to assume that the loss of a child can amplify the vulnerability inherent to pregnancy and impact MMH. This condition, as mentioned above, tends to influence mothering quality and contribute to the baby's poor socio-emotional development, as early emotional development is a complex and multifaceted process depending on the quality of the baby's relational experiences. According to the psychoanalytical perspective, these relational experiences are relevant to the baby's physical and psychological constitution, especially the mother-baby relationship (Bion, 1973; Bolwby, 1989; Briggs, 2002; Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Mahler, 1982; Winnicott, 1978/2000).

If the mother does not fulfill the maternal role well enough (Winnicott, 1960/1990), it will create a mismatch in the mother-baby relationship. The baby can perceive this mismatch as life-threatening. As communicating this anguish is impossible through words, the baby may manifest it somatically, the body sickening in an attempt to express these experiences (Marty, 1993; McDougall, 1996). This condition explains the emergence of psychofunctional symptoms (PS) in babies. These somatic (such as

sleeping, feeding, digestion, breathing) and/or behavior symptoms used to be unresolved by common medical treatments and have their organic cause undefined or not identified (Kreiser, 1978; Maia et al., 2020; Robert-Tissot et al., 1989). Detecting these symptoms can keep them from worsening and reduce their impact on infant development.

This study sought to evaluate possible associations between sociodemographic and maternal variables (loss of a child from pregnancy to early childhood, prolonged grief, psychopathological symptoms, and perceived couple's adjustment) and the presence of psychofunctional symptoms in babies (6–24 months) born after the loss. According to the study's hypothesis, mothers who had experienced the loss of a child will present worse perception of the couple's adjustment and worse MMH as well as a perception of a higher number of PS in their babies.

A more complicated scenario is expected among mothers who experienced the loss of a child or other relevant person who show a large number of losses of children and/or relevant people, or who experienced late pregnancy losses. It is also expected that mothers who had an advanced pregnancy, partum, or post-partum loss will present more often prolonged grief. Also, mothers with prolonged grief will report a worse perception of the couple's adjustment and a worse mental health condition and will identify more PS in their babies.

## Methods

### *Design and Participants*

A quantitative, cross-sectional, correlational, and comparative study whose data derived from the research project “*Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno* [Risk factors for psychofunctional symptoms in infants of young mothers: Focus on maternal age, maternal mental health, and maternal grief]” – GRIEF Project (Levandowski et al., 2016). To take part in the study, mothers could be of any age, marital status, education level, and family configuration took part since they have a baby from 6 to 24 months old. Women with severe psychopathological conditions (such as schizophrenia, antisocial or borderline personality disorder, psychotic regression, substance abuse, or suicide risk) or who had a baby with a severe health problem (like deformity, heart disease, neurological illness or syndromes) were not included. The NEEDS UFCSPA (*Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde* [Center for Development and Health Studies] at Federal University of Health Sciences of Porto Alegre) team evaluated these criteria in-person or through the scores of the mothers in some items of the Brief Symptom Inventory obtained from the data collection form.

All the participants who completed the data collection form between 2017 and 2021 ( $n = 598$ ) had their data analyzed in this study. By March 2020, in the in-person mode of data collection, 61 mothers were assessed, but only 56 completed all the research instruments. In the partially online data collection, 23 mothers participated and had

their data analyzed. Finally, in the online data collection (through Survey Monkey), 898 women accessed the study's form from November 2020 to June 2021 (519 completed cases). No compensation was provided to women participants in order to engage in researching.

### **Instruments**

*Sociodemographic and Clinical Data Sheet.* Adapted from [NUDIF \(2008\)](#), to characterize the participants and their families (e.g., housing conditions, education, occupation, length of the couple relationship, health status, etc.).

*Brief Symptom Inventory (BSI).* Portuguese version validated by [Canavarro \(1999\)](#) composed of 53 items, with a five-point Likert scale, to assess the presence of psychopathological symptoms, divided into nine subscales (alphas): somatization ( $\alpha = 0.84$ ), obsessions-compulsions ( $\alpha = 0.82$ ), interpersonal sensitivity ( $\alpha = 0.86$ ), depression ( $\alpha = 0.90$ ), anxiety ( $\alpha = 0.85$ ), hostility ( $\alpha = 0.83$ ), phobic anxiety ( $\alpha = 0.79$ ), paranoid ideation ( $\alpha = 0.84$ ), and psychoticism ( $\alpha = 0.80$ ). The Global Severity Index (GSI), which corresponds to the weighting of symptoms intensity; the Positive Symptoms Distress Index (PSDI), an average of all symptoms subtypes; and the Positive Symptoms Total (PST), which allows for the quantification of symptoms complaints, can be calculated. According to [Canavarro \(2007\)](#), a PSDI  $\geq 1.7$  indicates the presence of psychopathological symptoms. The index of total internal consistency of the instrument was 0.974. In this study, a version adjusted to Brazilian Portuguese by the NEEDS UFCSPA team was employed.

*Symptom Check-List (SCL).* Carried out by [Robert-Tissot et al. \(1989\)](#), it was reduced and adapted to Brazil as *Questionário de Sintomas Somáticos do Bebê* [Infant Somatic Symptoms Questionnaire] by [Donelli \(2014\)](#). The SCL allows the quantitative and qualitative assessment of the presence of PS in babies from 6 to 30 months, considering the maternal perspective. Seventy-five items (closed-ended, multiple choice, and open-ended questions) investigate the development and organic functioning of the baby (general health, feeding, sleeping, digestion, breathing, and behavior). The closed questions evaluate the frequency, duration, and intensity of PS in the last 4 weeks. The other questions investigated symptoms' history, their circumstances, the explanations proposed by the environment, the reactions, and the treatments attempted.

*Revised Dyadic Adjustment Scale-Portuguese Version (RDAS-P).* It was originally created by [Busby et al. \(1995\)](#) and adapted to Brazil by [Hollist et al. \(2012\)](#). The instrument evaluates the perception of the couple's adjustment through 15 items (one of them is not considered valid) with a five-point Likert scale. The items are split into three dimensions: consensus (six items,  $\alpha = 0.77$ ), cohesion (four items,  $\alpha = 0.78$ ), and satisfaction (four items,  $\alpha = 0.88$ ). The total score of 48 points is the cut-off point, with

higher scores representing a good level of the couple's adjustment. The index of total internal consistency of the instrument was  $\alpha = .89$ .

*The Loss Experience Questionnaire (LEQ)*. Vescovi et al. (2017), composed of two parts: (1) Losses of important people (parents, siblings, colleagues, friends, and other relevant people); (2) Losses of children (from pregnancy onwards). In both parts, information about the losses were investigated (when they happened, causes, etc.).

*Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13)*. Validated to Brazilian Portuguese by Delalibera et al. (2017), it evaluates the presence of prolonged grief symptoms through 13 items, 11 of multiple choice (with a five-point Likert scale) and two items with yes/no scale answers. To determine this diagnosis, all the criteria must be scored: (A) loss of child; (B) separation anxiety or anguish; (C) a yearning for the person lasting at least 6 months; (D) presenting at least five of the following symptoms: worry, identity disruptions, disbelief, avoidance, intense emotional pain, reintegration difficulty, emotional numbness, feeling that life is meaningless, intense loneliness; and (E) significant impairment in social, work, or other important areas of life. A Cronbach's  $\alpha$  of 0.919 was obtained.

### Data Collection Procedures

The study was advertised: (1) on the social networks of the NEEDS UFCSPA team and those listed in its profile on Facebook and Instagram; (2) via direct contact with women recommended by the networks of the authors and by other study participants (snowball technique), and (3) by recommendation from public health care workers in public Healthcare Units (HU). After being recommended, the women were contacted at the institution that had referred them or in their homes when visited by a public health care worker to explain the study's goals, invite them to participate and verify the inclusion and exclusion criteria. For those potential participants contacted in other ways, criteria verification took place by gathering the data through the online data collection platforms or via telephone/email.

Data collection was carried out in three different ways: (1) entirely in-person; (2) partially online (instruments applied in-person and online via video call); and (3) entirely online (through the Survey Monkey platform). The first two ways of data collection were carried out until March 2020 (the beginning of the COVID-19 pandemic in Brazil), and the last two ways from August 2020 to June 2021. Dissemination of the study after March 2020 was also complemented by the research team's contact with NGOs focused on maternal grief and pregnancy loss to increase the number of participants with these characteristics.

When the data collection was performed in person, the mothers received a printed Informed Consent Form (ICF). After reading and signing this, they received the Sociodemographic and Clinical Data Form to fulfill, followed by the other instruments (SCL, BSI, RDAS-P, LEQ, and PG-13). When the data collection was performed

partially online, the ICF was available for the participant to read, print, sign, and send it to the research team by email before the application of the instruments. Finally, when the data collection was carried out entirely online, the ICF was displayed at the Survey Monkey platform and should be read before accessing the research form. In all the situations, the instruments were applied in the same order.

A pilot study was implemented previously at the start of the in-person data collection (one woman) and to the entire online data collection start (six women) to verify the need for adjustments. The in-person data collection lasted 50 minutes, while online took around 30 minutes. During the data collection, if any level of maternal emotional suffering and/or the presence of PS in the babies were detected, the participants received a brief support and were also referred for psychological treatment.

### *Data Analysis Procedures*

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 23.0, was employed for the analyses, adopting a significance level of  $p < 0.05$ . To characterize the sample overall and the two groups of mothers (with and without child loss), we used descriptive statistics (mean and standard deviation) for numeric variables, and percentage and frequency for the categorical ones.

A comparative analysis was performed between in-person, partially online, and entirely online data collection participants with no significant differences in their scores. Similarly, we investigated differences in their results based on the data collection period (pre- or post-start of the COVID-19 pandemic in Brazil), and again none were found.

To compare mothers with and without a child loss, we performed a bivariate analysis (Student's t-test and  $\chi^2$ ). Next, the with-loss group was splatted into mothers who had lost one child and those who had lost more than one. When we identified a statistical significance in the preliminary analyses, the variables entered as covariables in the covariance analysis (ANCOVA) for statistical control. As the assumptions of normal distribution and variance homogeneity were met, parametric tests were used. To interpret the difference in effect size among the means observed in the ANCOVA, partial eta squared ( $\eta^2$ ) was used, with the criterion proposed by Cohen (1998), according to which  $\eta^2 \geq 0.01$  is a small effect;  $\eta^2 \geq 0.06$ , a medium; and  $\eta^2 \geq 0.14$ , a large one. Finally, within the mothers with-loss group, the participants ( $n = 4$ ) with a diagnosis of prolonged grief were analyzed qualitatively due to their low frequency.

### *Ethical Considerations*

The GRIEF project got ethical approval from the Ethics in Research Committee of UFCSPA and of the Municipal Health Department of Porto Alegre (Approval Forms numbers 4.218.378 and 3.366.814, respectively). The study complied with the Brazilian ethical guidelines for research involving human beings (Resolutions number 466/2012 and 510/2016, *Conselho Nacional de Saúde* [National Health Council]; Brasil, 2012, Brasil, 2016)

and the guidelines of the *Ofício Circular* [Circular Letter] 2/2021/CONEP/SECNS/MS (Brasil, 2021) for research involving any virtual procedure.

The mothers read and signed the ICT to declare their consent to participate in the study. In case of emotional distress, mothers and/or infants were welcomed and referred to psychological treatment. The information was kept confidential throughout the research process, as well the identity of the participants.

## Results

Maternal age varied from 18 to 46 years ( $M = 31.12$ ;  $SD = 5.586$ ) and baby age from 6 to 24 months ( $M = 12.69$ ;  $SD = 5.657$ ). Most were carried to term (92.5%) and were the only living child (76.9%). Since only four mothers who lost a child (23%) presented a diagnosis of prolonged grief (0.66% of the sample), they were considered part of the comparison between mothers with and without child loss.

Table 1 shows the descriptive statistics and the Student's  $t$ -test results for the intergroup comparison of mothers, taking into account the interval-level numerical variables included in the analysis and the significance values of the  $\chi^2$  test, as well as other variables explored. The child loss group had higher maternal age, lower income, longer cohabitation time, and mentioned being religious more often (79.9% vs. 69.9% for the without loss group).

Significant differences were found between groups regarding the perception of couple's adjustment, with mothers with a child loss presenting a more favorable perception. An ANCOVA was conducted to analyze babies' PS (controlling for age, income, religion, and cohabitation time) showed a statistically significant difference between group, with mothers with a child loss perceiving more babies' PS symptoms ( $p \leq 0.003$ ), although with a small effect size ( $\eta^2 = 0.016$ ). However, as Table 2 shows, no significant differences were found between the groups regarding babies' PS.

Concerning MMH, since statistically significant differences were not found between mothers of both groups, we analyzed if the loss of important people would be associated with other variables of interest only in the with-loss group ( $n = 111$ ). An association of all the BSI dimensions (MMH) with some RDAS-P dimensions (couple's adjustment) was seen; however, no association was found with the number of babies' PS, as shown in Table 3.

The mothers of a with-loss group ( $n = 111$ ) were then split into two groups (loss of one child,  $n = 86$ ; loss of two or more children,  $n = 25$ ) to verify differences in MMH, perception of the couple's adjustment, and babies' PS. For this analysis, the effects of maternal age, income, and religion, cohabitation time, and the number of relevant people lost were adjusted (Table 4). Mothers with two or more children presented a perception of higher couple cohesion and better couple adjustment, with an average effect strength of  $\eta^2 \geq 0.097$  and  $\eta^2 \geq 0.077$ , respectively.

Likewise, with the women with-loss group, an attempt was made to verify whether the time of the loss occurrence makes a difference in this outcome's variables (during pregnancy,  $n = 95$ ; or during delivery or postpartum,  $n = 16$ ). No significant differences

**Table 1.** Descriptive Statistics of Variables Include in the Study.

Variables	Without loss			With loss			p<
	n	Mean	DP	n	Mean	SD	
Maternal age (years)	459	30.36	5.411	139	33.41	5.915	.000
Baby age (months)	459	12.48	5.636	139	13.23	5.809	.579
Maternal primary pregnancy age (years)	458	31.94	9.322	138	27.54	6.751	.316
Maternal income (dollar)	459	26,627.32	30,152.95	139	6189.51	3045.01	.000
Relationship total time (months)	420	99.38	59.107	122	109.074	61.16	.122
Cohabitation time (months)	419	62.172	43.179	125	78.104	50.744	.002
Baby birth weight (kg)	430	3195.26	606.895	130	3121.33	714.121	.286

Variables	Categories	Without loss		With loss		$\chi^2$ , p
		n	%	n	%	
Maternal ducation	High school	65	14.2	28	15.6	$\chi^2$ (3, 598) = 9.489, p = .023
	Technical course	32	7	10	7.2	
	Higher education	195	42.5	42	30.2	
	Graduate school	167	36.4	59	42.4	
Social class <sup>a</sup>	A	27	5.9	17	12.2	$\chi^2$ (5, 598) = 15.514, p = .015
	B1	44	9.6	13	9.4	
	B2	69	15	25	18	
	C1	54	11.8	10	7.2	
	C2	98	21.4	25	18	
Baby gender	D e E	167	36.4	49	35.3	$\chi^2$ (1, 597) = 1.032, p = 310
	Female	185	40.4	69	49.6	
	Male	273	59.6	70	50.4	
Maternal religion	No	138	30.1	28	20.1	$\chi^2$ (1, 598) = 2.104, p < .001
	Yes	321	69.9	111	79.9	
Maternal occupation	No	218	47.5	68	48.9	$\chi^2$ (1, 598) = .000, p = 985 < .768
	Yes	241	52.5	71	51.1	

Instrument	Dimension	Without loss			With loss			ANCOVA		
		n	Estimated mean	SE	n	Estimated mean	SE	F	p<	$\eta^2$
RDAS-P	Consensus	486	21.899	0.355	111	23.767	0.775	4.624	0.032	0.014
	Satisfaction	486	12.56	0.244	111	13.737	0.533	3.867	0.05	0.033
	Cohesion	486	10.071	0.226	111	11.435	0.493	6.089	0.014	0.015
	Total	487	44.444	0.768	111	48.919	1.679	5.65	0.018	0.021

Instrument	Variable	Without loss			With loss			ANCOVA		
		n	Estimated mean	SE	n	Estimated mean	SE	F	p<	$\eta^2$
SCL	Baby symptoms total amount <sup>b</sup>	486	0.181	0.029	486	0.371	0.055	8.938	0.003	0.016

<sup>a</sup>With brazilian parameters/RDAS-P: Revised Dyadic Adjustment Scale-Portuguese version; SCL: (Baby) Symptom Sheck-List.

<sup>b</sup>Present, at the very least, one psychofunctional symptom/control covariates: Maternal age, income, cohabitation time, and religion.

**Table 2.** Maternal Perception of Baby's Psychofunctional Symptoms (SCL).

Somatic Function	Presence of psychofunctional symptoms	Without loss		With loss		Missing	
		N	%	N	%	N	%
Sleep $\chi^2 (1, 71) = .508, p = .476$	No	32	7	23	16.5	419	91.3
	Yes	8	1.7	8	5.8	108	77.7
Feeding $\chi^2 (1, 565) = .870, p = .351$	No	407	88.7	123	88.5	27	5.9
	Yes	25	5.4	10	7.2	6	4.3
Digestion $\chi^2 (1, 558) = .870, p = .351$	No	398	86.7	121	87.1	33	7.2
	Yes	28	6.1	11	7.9	7	5
Breathing $\chi^2 (1, 555) = 1.303, p = .254$	No	413	90	126	90.6	36	7.8
	Yes	10	2.2	6	4.3	7	5
Behavior $\chi^2 (1, 560) = .350, p = .554$	No	415	90.4	124	89.2	31	6.8
	Yes	13	2.8	7	5	7	5
At least one symptom $\chi^2 (1, 560) = 2.522, p = .112$	No	355	77.3	103	74.1	31	6.8
	Yes	73	15.9	29	20.9	7	5

SCL, Symptom check-list

were found when controlling for differences in the earlier-mentioned variables (maternal age, religion, income, loss of relevant people) neither were significant associations found among these variables and the time of the loss.

Finally, we analyzed the women with prolonged grief ( $n = 4$ ). Three of them had lost their child after birth, and one had lost more than one baby. All the women perceived more PS in the subsequent baby and lower couple's adjustment. Also, they presented more psychopathological symptoms at greater intensity. Additionally, all had a psychiatric diagnosis before participating in the study and had used psychiatric medication.

## Discussion

The rate of child loss from pregnancy to early childhood found in the present study (23%) is close to that verified in studies conducted in other countries (28.43% by perinatal loss, Côté-Arsenault et al., 2019; 19.33% by stillbirth, Gravensteen et al., 2018). The with-loss group of mothers presented greater age, which was also found in studies in China, where mothers were 35 years old or more (Chen et al., 2021), another were 30 years old or more (Zhang et al., 2022); and in the Netherlands (Buyukcan-Tetik et al., 2017), where the average age was 40.7 years ( $SD = 9.5$ ). This last similar in Korean where mother age was related with greater risk for early neonatal mortality were 40 years old or more (Kim et al., 2021). On the other hand, these findings contradict those observed in an American study (Hill et al., 2017), in which mothers with a child loss were slightly younger than women without a loss. In addition, the Korean study

**Table 3.** Correlation Between Presence of Other Important Losses (Besides the Child Loss) and Maternal Mental Health (Psychopathological Dimensions Assessed by BSI) and Couple Adjustment ( $n = 111$ ).

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 Important people loss																	
2 Somatization	0,17																
3 Obsessions-compulsions	.243 <sup>**</sup>	.678 <sup>***</sup>															
4 Interpersonal sensitivity	.253 <sup>***</sup>	.650 <sup>***</sup>	.794 <sup>***</sup>														
5 Depression	.257 <sup>***</sup>	.583 <sup>***</sup>	.718 <sup>***</sup>	.718 <sup>***</sup>													
6 Anxiety	.228 <sup>***</sup>	.760 <sup>***</sup>	.820 <sup>***</sup>	.792 <sup>***</sup>	.753 <sup>***</sup>												
7 Hostility	0,037	.527 <sup>***</sup>	.643 <sup>***</sup>	.644 <sup>***</sup>	.657 <sup>***</sup>	.653 <sup>***</sup>											
8 Phobic anxiety	.219 <sup>*</sup>	.626 <sup>***</sup>	.717 <sup>***</sup>	.740 <sup>***</sup>	.570 <sup>***</sup>	.684 <sup>***</sup>	.483 <sup>***</sup>										
9 Paranoid ideation	.246 <sup>***</sup>	.549 <sup>***</sup>	.712 <sup>***</sup>	.814 <sup>***</sup>	.692 <sup>***</sup>	.677 <sup>***</sup>	.632 <sup>***</sup>	.572 <sup>***</sup>									
10 Psychoticism	.201 <sup>*</sup>	.676 <sup>***</sup>	.734 <sup>***</sup>	.754 <sup>***</sup>	.798 <sup>***</sup>	.760 <sup>***</sup>	.659 <sup>***</sup>	.593 <sup>***</sup>	.726 <sup>***</sup>								
11 GSI	.247 <sup>***</sup>	.774 <sup>***</sup>	.892 <sup>***</sup>	.919 <sup>***</sup>	.862 <sup>***</sup>	.895 <sup>***</sup>	.775 <sup>***</sup>	.782 <sup>***</sup>	.849 <sup>***</sup>	.874 <sup>***</sup>							
12 PSDI	.227 <sup>**</sup>	.751 <sup>***</sup>	.778 <sup>***</sup>	.798 <sup>***</sup>	.774 <sup>***</sup>	.813 <sup>***</sup>	.708 <sup>***</sup>	.684 <sup>***</sup>	.726 <sup>***</sup>	.773 <sup>***</sup>	.890 <sup>***</sup>						
13 PST	.200 <sup>*</sup>	.509 <sup>***</sup>	.681 <sup>***</sup>	.688 <sup>***</sup>	.683 <sup>***</sup>	.629 <sup>***</sup>	.551 <sup>***</sup>	.592 <sup>***</sup>	.704 <sup>***</sup>	.626 <sup>***</sup>	.749 <sup>***</sup>	.463 <sup>***</sup>					
14 Consensus	-.105	-.243 <sup>*</sup>	-.364 <sup>***</sup>	-.341 <sup>***</sup>	-.467 <sup>***</sup>	-.358 <sup>***</sup>	-.443 <sup>***</sup>	-.212 <sup>*</sup>	-.381 <sup>***</sup>	-.279 <sup>***</sup>	-.412 <sup>***</sup>	-.336 <sup>***</sup>	-.384 <sup>***</sup>				
15 Satisfaction	-.084	-.293 <sup>***</sup>	-.350 <sup>***</sup>	-.416 <sup>***</sup>	-.515 <sup>***</sup>	-.428 <sup>***</sup>	-.502 <sup>***</sup>	-.227 <sup>***</sup>	-.494 <sup>***</sup>	-.390 <sup>***</sup>	-.481 <sup>***</sup>	-.420 <sup>***</sup>	-.425 <sup>***</sup>	-.729 <sup>***</sup>			
16 Cohesion	.079	-.13	-.192 <sup>*</sup>	-.223 <sup>*</sup>	-.340 <sup>***</sup>	-.196 <sup>*</sup>	-.314 <sup>***</sup>	-.074	-.304	-.176	-.264 <sup>***</sup>	-.284 <sup>***</sup>	-.166	.571 <sup>***</sup>	.609 <sup>***</sup>		
17 Total (RDAS-P)	-.049	-.257 <sup>***</sup>	-.352 <sup>***</sup>	-.376 <sup>***</sup>	-.508 <sup>***</sup>	-.379 <sup>***</sup>	-.484 <sup>***</sup>	-.200 <sup>*</sup>	-.450 <sup>***</sup>	-.323 <sup>***</sup>	-.445 <sup>***</sup>	-.397 <sup>***</sup>	-.379 <sup>***</sup>	.902 <sup>***</sup>	.889 <sup>***</sup>	.818 <sup>***</sup>	
18 SCL (baby)	.044	.039	.089	.062	.045	.014	.05	.064	.043	.049	.061	.067	.144	.012	.034	.042	

GSI, Global Severity Index; PSDI, Positive Symptom Distress Index; PST, Positive Symptom Total; RDAS-P, Revised Dyadic Adjustment Scale-Portuguese version; SCL, Symptom Check-List.

1: At the very least one important loss/2 a 13: BSI sub-scales (brief symptom inventory)/13 a 17: RDAS-P dimensions/18: SCL (baby) (Symptom Check-List).

\*\*\* $p \leq 0.01$ ; \*\* $p \leq 0.05/n$  = number of participants; considered only mothers with a child loss (participants had lost at least one child plus an important people).

**Table 4.** Analysis of Baby's Psychofunctional Symptoms, Couple Adjustment, and Maternal Psychopathological Symptoms in Mothers With a Child loss ( $n = 111$ ).

Instrument	Dimensions	N	With one loss		With two or more losses		ANCOVA			
			Estimated mean	SE	n	Estimated mean	SE	F	p<	$\eta^2$
SCL	Amount	86	0.342	0.088	25	0.344	0.168	0	0.994	0.012
RDAS-P	Consensus	86	23.265	0.611	25	24.889	1.165	1.474	0.228	0.093
	Satisfaction	86	13.628	0.491	25	14.595	0.937	0.825	0.366	0.037
	Cohesion	86	10.78	0.475	25	13.597	0.906	7.327	0.008	0.097
	Total	86	47.662	1.376	25	53.081	2.624	3.232	0.075	0.077
BSI	Somatization	86	0.548	0.068	25	0.611	0.129	0.181	0.672	0.037
	Obsessions-compulsions	86	1.195	0.082	25	1.035	0.157	0.8	0.373	0.113
	Interpersonal sensitivity	86	1.17	0.103	25	0.895	0.197	1.483	0.226	0.125
	Depression	86	1.138	0.096	25	0.966	0.183	0.671	0.415	0.124
	Anxiety	86	0.675	0.067	25	0.663	0.127	0.007	0.933	0.053
	Hostility	86	1.127	0.085	25	0.867	0.163	1.942	0.166	0.056
	Phobic anxiety	86	0.726	0.081	25	0.549	0.856	0.994	0.321	0.094
	Paranoid ideation	86	1.168	0.095	25	0.87	0.181	2.06	0.154	0.142
	Psychoticism	86	0.636	0.069	25	0.491	0.131	0.94	0.334	0.091
	GSI	86	0.158	0.012	25	0.131	0.023	1.085	0.3	0.105
	PSDI	86	27.803	1.554	25	26.797	2.963	0.087	0.768	0.09
	PST	86	1.733	0.056	25	1.595	0.107	1.261	0.264	0.1

Note: Control Covariates: Maternal age, Income, Cohabitation time, Religious and Loss of an important people. SCL, (Baby) Symptom Check; RDAS-P, Revised Dyadic Adjustment Scale-Portuguese Version; BSI, Brief Symptom Inventory; GSI, Global Severity Index; PSDI, Positive Symptom Distress Index; PST, Positive Symptom Total.

mentioned mother age above 28 years old also may put in danger the neonate (Kim et al., 2021).

Mothers with loss also presented lower income. Low income has been associated with precarious living conditions, including poor physical and mental health (Chen et al., 2021; Ghimire et al., 2020), which could partially explain the pregnancy or perinatal loss found among these women. Worth noting is that no association between low income and maladaptive grief stemming from child loss was found, which has been indicated by the literature (Wang & Xu, 2017; Zhou et al., 2020).

Mothers of the with-loss group more often refer a religious engagement. The study design does not allow to determine whether the occurrence of a loss leads to looking for comfort or meaning in religious practices or if this engagement was before the loss. These findings resembled those found by Eklund et al. (2020). In that study, 80% of the women maintained some religious/spiritual practices (attendance to churches or meetings/rites) and approximately 60% had some religious beliefs (such as in God and/or a higher power).

With regard to couple relationship, our findings partially contradicted the literature (Albuquerque et al., 2015; Adebayo et al., 2019; Côté-Arsenault et al., 2019), as they pointed to an improvement in the perception of women with-loss group about the couple adjustment, similarly to results obtained by Das et al. (2021), who observed greater closeness in couples after a child loss. The presence of a new baby (alive and healthy) may represent a couple's investment in parenthood and emotional closeness. One uninvestigated aspect in the present study that might partially explain these findings is how the couple experiences the grief process. According to Buyukcan-Tetik et al. (2017), similarity in this process seems to be associated with improvement in the quality of the couple relationship since it enables greater understanding, closeness, and couple satisfaction.

The mothers of the with-loss group's perception of a greater number of babies' PS confirms our hypothesis regarding the impact of this experience in motherhood, regardless of how the mothers may make sense of it (Côté-Arsenault et al., 2019; Treyvaud et al., 2016). Thus, this finding shows the possible impact of the loss of a child on the development of the subsequent baby, as the presence of these symptoms tends to indicate a mismatch in the mother-baby relationship (Kreisler, 1978; Maia et al., 2020; Tissot et al., 2016). Few studies addressed the relationship between child loss and its repercussions on the subsequently child's emotional development. Those that did generally focused only on infant attachment which is predominately insecure (Al-Maharma et al., 2016; Côté-Arsenault et al., 2019).

The extent to which the fear of a new loss permeated the mothers' perception of the subsequent baby is questionable since the grieving process may still be unconsciously active and/or be triggered by the bond with this new baby (Jordan et al., 2018; Meisenhelder, 2021; Wangab et al., 2021). Due to this, these mothers seem to remain in a primary maternal concern state (Winnicott, 1978/2000) longer during the baby's development, which would not be necessary as the baby acquires more emotional autonomy and physical viability. This condition should permit the mothers to relax in the face of worries about survival and development. Future studies with longitudinal design could help to understand these findings. Likewise, a direct evaluation of the baby would allow verifying the extent to which these maternal perceptions are accurate.

The lack of MMH differences between the groups of mothers was unexpected because the loss of a child is an event that potentially alters the maternal identity (Adebayo et al., 2019; Carolan & Wright, 2017; Erato et al., 2021; Hiefner, 2021) and impacts on MMH (Faleschini et al., 2021; Fernández-Ordoñez et al., 2021; Ordóñez et al., 2020; Tissot et al., 2016). Specifically, the absence of impairment in the mental health condition of mothers with a baby loss were in contrast with our hypothesis and the literature (Al-Maharma et al., 2016; Jordan et al., 2018; Kokou-Kpolou et al., 2018). This finding indicates that the emotional impact of one loss (even when it takes place during pregnancy) can be as intense as that generated by a greater number of losses. It reinforces the uniqueness and the relevance of each loss and the suffering that arises from them.

In other words, it seems that the impact of this experience will depend on multiple factors (individual, marital, family-based, social, and of the loss itself), with the number of losses not being the most important. Finally, the perception of the couple's adjustment was related to the mental health of mothers with a greater number of losses, possibly evidencing this event brings the couple emotionally closer. With that, the couple can achieve a better adjustment, resulting in a more gratifying perception of the relationship (deMontigny et al., 2020; Takeishi et al., 2021).

## **Conclusions**

The study's findings highlight the complexity of the child loss experience and the importance of follow-up for women who have lived through it by mental health professionals. The fact that the mothers perceived more PS in these babies may indicate a mismatch in the dyad's relationship, such as greater sensitivity to and care for the new baby due to the earlier loss. It is important offering a detailed assessment of these dyads for early interventions to minimize the impact of eventual symptoms on infant development.

Furthermore, these findings reinforce the importance of the couple's adjustment for MMH, indicating the need to evaluate it and use it as a control variable in future studies, as well as the need to strengthen the support network of these women, in which the partner role stands out. This support can help these mothers to deal with the personal, couple, and family demands in the face of the loss and new motherhood, indirectly aiding the promotion of early emotional development.

Although the present study has investigated relevant issues about MMH and early development in the context of a child loss, some limitations can be identified. Its cross-sectional design hampers the identification of causal factors, and the lack of a direct assessment of the baby does not allow the verification of the maternal perceptions' accuracy. Likewise, the data collection occurred at least 16 months after the child loss and after the birth of a live and healthy child, which could be a confounder.

Longitudinal studies can promote a better understanding of PS due to the follow-up of these mother-baby dyads throughout the first years of the subsequent baby. Also, we stressed the need to adapt or construct instruments to evaluate the specific signs and symptoms of grief experienced by mothers who lose a child, given the specificities of this loss.

## **Declaration of Conflicting Interests**

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Funding

This work was supported by the Research Support Foundation of Rio Grande do Sul (FAPERGS), Higher Education Personnel Improvement Coordination (CAPES), and National Council for Scientific and Technological Development (CNPq).

## ORCID iD

Gabriela Nunes Maia  <https://orcid.org/0000-0002-7459-664X>

## References

- Adebayo, A., Liu, M., & Cheah, W. (2019). Sociocultural understanding of miscarriages, stillbirths, and infant loss: A study of Nigerian women. *Journal of Intercultural Communication Research, 48*(2), 91–111. <https://doi.org/10.1080/17475759.2018.1557731>
- 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, 25*(1), 30–53. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0219-2>
- Al-Maharma, D. Y., Abujaradeh, H., Mahmoud, K. F., & Jarrad, R. A. (2016). Maternal grieving and the perception of an attachment to children born subsequent to a perinatal loss. *Infant Mental Health Journal, 37*(4), 411–423. <https://doi.org/10.1002/imhj.21570>
- Bion, W. R. (1973). *Attention and interpretation*. Tavistock Publications.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Artes Médicas.
- Brasil. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Resolução Nº 466, 12(1), 1–12. Available from: <https://www2.ufjf.br/comitedeetica/wp-content/uploads/sites/80/2008/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-466-12.pdf>
- Brasil. (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06/07 e de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Resolução Nº 510, de 07 de Abril de 2016, 98(1), 1–10. Available from: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brasil. (2021). Ofício Circular nº 2, de 24 de fevereiro de 2021. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Concep) orienta pesquisadores e Comitês de Ética em Pesquisa em relação a procedimentos que envolvam o contato com participantes e/ou coleta de dados em qualquer etapa da pesquisa, em ambiente virtual. Tais medidas visam preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa. Ofício Circular Nº 2/2021/Concep/Secns/Ms. Brasília. Available from: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf)
- Brassel, A., Townsend, M. L., Pickard, J. A., & Grenyer, B. F. S. (2020). Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months'

- postpartum. *Infant Mental Health Journal*, 41(1), 69–81. <https://doi.org/10.1002/imhj.21827>
- Briggs, A. (2002). *Surviving space: Papers on infant observation*. Karnac Books.
- Busby, D., Christensen, C., Crane, D., & Larson, J. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and non-distressed couples: Construct hierarchy and multi-dimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289–308. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x>
- Buyukcan-Tetik, A., Finkenauer, C., Schut, H., Stroebe, H., & Stroebe, W. (2017). The impact of bereaved parents' perceived grief similarity on relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 31(4), 409–419. <https://doi.org/10.1037/fam0000252>
- 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. II, pp. 87–109). SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305–331). Quarteto Editora.
- Carolan, M., & Wright, R. J. (2017). Miscarriage at advanced maternal age and the search for meaning. *Death Studies*, 41(3), 144–153. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1233143>
- Chen, H. H., Wang, I. A., Fang, S. Y., Chou, Y. J., & Chen, C. Y. (2021). Gender differences in the risk of depressive disorders following the loss of a young child: A nationwide population-based longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03421-w>
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Côté-Arsenault, D., Leerkes, E. M., & Zhou, N. (2019). Individual differences in maternal, marital, parenting and child outcomes following perinatal loss: a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019>
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Artes Médicas.
- Das, M. K., Arora, N. K., Gaikwad, H., Chellani, H., Debata, P., Rasaily, R., Meena, K. R., Kaur, G., Malik, P., Joshi, S., & Kumari, M. (2021). Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: A qualitative study. *PloS One*, 16(1), e0240270. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240270>
- Delalibera, M., Delalibera, T. A., Franco, M. H., Barbosa, A., & Leal, I. (2017). Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19(1), 94–106. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>
- deMontigny, F., Gervais, C., Pierce, T., & Lavigne, G. (2020). Perceived paternal involvement, relationship satisfaction, mothers' mental health and parenting stress: A multi-sample path analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 578682. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.578682>
- Donelli, T. M. S. (2014). *Sintomas somáticos funcionais, mentalização materna e internação hospitalar na primeira infância*. Projeto de Pesquisa Não-Publicado.

- Eklund, M. V., Prinds, C., Mørk, S., Damm, M., Möller, S., & Hvidtjørn, D. (2020). Parents' religious/spiritual beliefs, practices, changes and needs after pregnancy or neonatal loss—A Danish cross-sectional study. *Death Studies, 46*(6), 1529–1539. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821260>
- Erato, G., Ciciolla, L., Shreffler, K. M., & Greil, A. L. (2021). Changes in importance of motherhood following pregnancy loss. *Journal of Family Issues, 43*(3). 0192513X2199413. <https://doi.org/10.1177/0192513X21994138>
- Faleschini, S., Aubuchon, O., Champeau, L., & Matte-Gagné, C. (2021). History of perinatal loss: A study of psychological outcomes in mothers and fathers after subsequent healthy birth. *Journal of Affective Disorders, 280*(Pt A), 338–344. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.016>
- Fernández-Ordoñez, E., González-Cano-Caballero, M., Guerra-Marmolejo, C., Fernández-Fernández, E., & García-Gámez, M. (2021) Perinatal grief and post-traumatic stress disorder in pregnancy after perinatal loss: A longitudinal study protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(6), 2874. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062>
- Ghimire, P. R., Akombi-Inyang, B. J., Tannous, C., & Agho, K. E. (2020). Association between obesity and miscarriage among women of reproductive age in Nepal. *PLoS One, 15*(8), e0236435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236435>
- Goldstein, R. D., Lederman, R. I., Lichtenthal, W. G., Morris, S. E., Human, M., Elliott, A. J., Tobacco, D., Angal, J., Odendaal, H., Kinney, H. C., & Prigerson, H. G. (2018). The grief of mothers after the sudden unexpected death of their infants. *Pediatrics, 141*(5), e20173651. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3651>
- Gravensteen, I. K., Jacobsen, E.-M., Sandset, P. M., Helgadottir, L. B., Radestad, I., Sandvik, L., Ekeberg, O., & Ekeberg, O. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1666-8>
- Hiefner, A. R. (2021). Dyadic coping and couple resilience after miscarriage. *Family Relations, 70*(1), 59–76. <https://doi.org/10.1111/fare.12475>
- Hill, P. W., Cacciatore, J., Shreffler, K. M., & Pritchard, K. M. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. *Death Studies, 41*(4), 226–235. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1261204>
- Hollist, C. S., Falceto, O., Ferreira, L. M., Miller, R. B., Springer, P. R., Fernandes, C. L. C., & Nunes, N. A. (2012). Portuguese translation and validation of the revised dyadic adjustment scale. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 348–358, <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00296.x>
- Jordan, A., Smith, P., & Rodham, K. (2018). Bittersweet: a qualitative exploration of mothers' experiences of raising a single surviving twin. *Psychology, Health & Medicine, 23*(8), 891–898. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1434215>
- Kim, Y. N., Choi, D. W., Kim, D. S., Park, E. C., & Kwon, J. Y. (2021). Maternal age and risk of early neonatal mortality: A national cohort study. *Nature, 11*(1), 814. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-80968-4>

- Kokou-Kpolou, K., Megalakaki, O., & Nieuviarts, N. (2018). Persistent depressive and grief symptoms for up to 10 years following perinatal loss: Involvement of negative cognitions. *Journal of Affective Disorders, 241*(1), 360–366. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.063>
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Editorial Estampa.
- Levandowski, D.C., Frizzo, G.B., Donelli, T.M., Wendland, J., Maia, G. N., & Vescovi, G. (2016). Fatores de Risco para Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens: Foco na Idade, na Saúde Mental e no Luto Materno. Projeto de Pesquisa não Publicado.
- Mahler, M. S. (1982). *O processo de separação-individuação*. Jorge Zahar.
- Maia, G. N., Frizzo, G. B., & Levandowski, D. C. (2020). Psychofunctional symptoms in infants of young mothers: Association with maternal mental health and parental bonding. *Early Human Development, 141*(3), 104938. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104938>
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do adulto*. Artes Médicas.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. Martins Fontes.
- Meisenhelder, J. B. (2021). Maternal grief: Analysis and therapeutic recommendations. *BMJ Supportive & Palliative Care, 11*(1), 101–106. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002673>
- NUDIF (2008). *Ficha de dados sociodemográficos*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Instrumento Não Publicado.
- Ordóñez, E. F., Díaz, C. R., Gil, I. M. M., & Manzanares, M. T. L. (2020). Post-traumatic stress disorder after subsequent birth to a gestational loss: An observational study. *Salud Mental, 43*(3), 129–136. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.018>
- Robert-Tissot, C. C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., & Palacio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire “sympton check-list”. In S. Lebovici, P. Mazet, & J. P. Visier (Eds.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179–186). Paris: Eshel.
- Takeishi, Y., Nakamura, Y., Yoshida, M., Kawajiri, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2021). Associations between coparenting relationships and maternal depressive symptoms and negative bonding to infant. *Healthcare, 9*(4), 375. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040375>
- Tissot, H., Favez, N., Frascarolo, F., & Despland, J. N. (2016). Coparenting behaviors as mediators between postpartum parental depressive symptoms and toddler's symptoms. *Frontiers in Psychology, 7*, 1912. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01912>
- Treyvaud, K., Doyle, L. W., Lee, K. J., Ure, A., Inder, T. E., Hunt, R. W., & Anderson, P. J. (2016). Parenting behavior at 2 years predicts school-age performance at 7 years in very preterm children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(7), 814–821. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12489>
- Vescovi, G., Esswein, G. C., & Levandowski, D. C. (2017). *Questionário sobre vivências de Perdas (Instrumento não publicado)*. NEEDS/UFCSPA.
- Wang, Z., & Xu, J. (2017). Association between resilience and quality of life in wenchuan earthquake shidu parents: The mediating role of social support. *Community Mental Health Journal, 53*(7), 859–863. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0099-6>

- Wangab, H., Chaiyawat, W., & Yunibhanda, J. (2021). Struggling to live a new normal life among Chinese women after losing an only child: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(1), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.11.004>
- Winnicott, D. W. (1960/1990). *O ambiente e os processos de maturação*. Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1978/2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott (Ed.), *Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Bogomoletz, Trad). Rio de Janeiro: Imago: D.
- Zhang, M., Yang, B. Y., Sun, Y., Qian, Z., Xaverius, P. K., Aaron, H. E., Zhao, X., Zhang, Z., Liu, R., Dong, G. H., Yin, C., & Yue, W. (2022). Non-linear relationship of maternal age with risk of spontaneous abortion: A case-control study in the China birth cohort. *Frontiers in Public Health*, 10, 933654. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.11>
- Zhou, N., Wen, J., Stelzer, E., Killikelly, C, Yu, W., Xu, X, Shi, G, Luo, H., Wang, J., & Maercker, A. (2020). Prevalence and associated factors of prolonged grief disorder in Chinese parents bereaved by losing their only child. *Psychiatry Research*, 284, 112766. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112766>

### Author Biographies

**Gabriela Nunes Maia** is a psychologist and PhD in Science of Health at UFCSPA (Federal University of Health Sciences of Porto Alegre). Her research concerns the maternal-baby relations; maternal mental health; maternal bereavement; loss of a child; infant, child and adolescent development; bereavement and grief process along the human development.

**Denise Ruschel Bandeira** is a psychologist and a Full Professor at the Department of Developmental and Personality Psychology at Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). She is interested in research on psychological assessment and child development. Her expertise is in constructing and adapting psychological instruments. She is a productivity research fellow (CNPq – 1B) in Psychology.

**Daniela Centenaro Levandowski** is a psychologist who works as a teacher and researcher in Developmental and Clinical Psychology at Department of Psychology at UFCSPA (Federal University of Health Sciences of Porto Alegre). Since she got her PhD in Developmental Psychology at UFRGS, she has been interested in research on maternal mental health and maternal and child health. She did two postdoctoral internships in Psychology (at PUC-RS and at City, University of London). In the last eight years, she has been conducting research on maternal bereavement following perinatal loss. She is a research productivity fellow (CNPq) in Psychology.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto do qual derivou a minha Tese de Doutorado foi construído junto com a minha orientadora, conforme já mencionado na Apresentação, durante o meu Mestrado, a partir de experiências da equipe de pesquisa na coleta de dados. Em um primeiro momento, a minha ideia era continuar e aprofundar as investigações já realizadas no Mestrado – avaliar variáveis maternas, como saúde mental (ansiedade, depressão, e outros sintomas psicopatológicos) e familiares (ajustamento conjugal, percepção de suporte familiar e vínculo percebido com os pais até a adolescência) e verificar sua possível associação com desfechos do bebê, mais especificamente a presença de SP ampliando, no entanto, a faixa etária materna estudada, a fim de comparar mães de diferentes idades (Adolescentes, de 15 a 19 anos; Jovens, de 20 a 24 anos; e Adultas, com 25 anos em diante).

Com o aumento de integrantes do NEEDS UFCSPA, surgiu a oportunidade de focar em alguns aspectos, uma vez que o Projeto LUTO abrangia várias questões. Optei, então, pelo foco no relacionamento mãe-bebê e suas implicações no desenvolvimento do bebê. Em relação a isso, particularmente, a proposta original envolvia comparar dados sobre SP em bebês e outras dimensões do desenvolvimento infantil, a partir da inclusão do uso do IDADI, instrumento construído pelo grupo de pesquisa da Profa. Dra. Denise Bandeira na UFRGS.

No início da coleta de dados do Projeto LUTO, encontramos dificuldades de acessar mães disponíveis para participar. Devido à característica do projeto de acessar diferentes variáveis, o tempo de coleta tornou-se um empecilho para a participação de mães adultas, em função de demandas de trabalho ou mesmo presença de mais de um filho, sem contar com o trabalho doméstico.

Devido a essas dificuldades, ampliou-se a maneira de realizarmos as coletas, por meio da internet. A coleta se manteve, num primeiro momento conforme o formado presencial, apenas utilizando a videochamada como interface de contato com as participantes. Devido a essa nova forma de acessar participantes, não só as redes sociais se mostraram importantes ferramentas na divulgação da pesquisa, como também o contato com organizações sem fins lucrativos, como por exemplo a ONG Amada Helena e Do Luto à Luta, e com pessoas que de alguma forma são ativistas em relação ao tema do enlutamento materno, seja por terem vivido essa experiência,

seja por serem profissionais engajadas com mães e suas famílias que vivenciaram ou vivenciam a perda de um filho e o luto decorrente dessa perda.

A pandemia também acarretou mais uma vez mudanças na forma de coleta de dados, o que, por um lado, favoreceu a participação das mulheres, pois elas conseguiam acessar o formulário várias vezes, preenchendo os instrumentos conforme a sua disponibilidade, e não em um momento único. Isso ampliou consideravelmente o tamanho da amostra, que foi composta por mães de diferentes estados brasileiros e inclusive por brasileiras morando em outros países.

Outra dificuldade encontrada foi relativa ao uso do IDADI, que sofreu alterações ao longo da coleta, por estar em fase de construção e, portanto, de ajustes, o que acabou acarretando imprevistos quanto ao levantamento. Devido à necessidade de revisão cuidadosa dos dados e do tempo disponível para o fechamento desta Tese, tais dados não puderam ser incluídos no último artigo da Tese. No momento ainda não está definido se entrará junto ao último ou se será feito outro artigo independente.

Entre os aspectos positivos referentes ao período de Doutorado está a possibilidade de entender melhor a vivência de perda de filho – nos mais diferentes momentos: gestacional, perinatal, neonatal e primeira infância – de mulheres com as mais diferentes histórias e contextos. E, também, de poder explorar a relação mãe-bebê com um enfoque maior no desenvolvimento precoce do bebê. Mesmo com a situação da pandemia do COVID-19, conseguimos alcançar um número expressivo de participantes, o que possibilitou análises mais robustas e de maior poder estatístico.

Os diversos adendos ao projeto inicial junto ao CEP foram tarefas burocráticas, mas que mostraram empiricamente o quanto é importante acompanhar e se questionar ao longo do processo, a fim de que se possam fazer ajustes para que o andamento da pesquisa ocorra da melhor forma, mesmo que não se siga exatamente o caminho inicial imaginado. Não deixa de ser um ensinamento de vida; por mais que tenhamos um planejamento “perfeito”, situações não previstas inevitavelmente acontecem e é importante que reavaliemos a situação e que adaptações sejam feitas.

Voltando-me agora especificamente aos artigos organizados para atingir o objetivo geral da Tese, destaco que o primeiro artigo, por meio de uma revisão sistemática utilizando o protocolo PRISMA para a busca e seleção de estudos, e o modelo STROBE, para a análise dos estudos, foi importante para fornecer os

subsídios para o andamento da pesquisa e a elaboração dos demais artigos empíricos. Por meio deste artigo, constatou-se que os estudos sobre as possíveis repercussões do luto materno no desenvolvimento infantil de bebês nascidos subsequentemente são escassos e inconclusivos. Esses achados sinalizam lacunas importantes de estudos na área da maternidade, relacionamento mãe-bebê e saúde mental da mulher que ainda precisam de maiores investigações. Somente por meio do conhecimento empírico da experiência vivida por essas mulheres e suas famílias é que será possível entender o fenômeno do luto materno e de que forma a maternidade é atravessada por esse processo de luto, para finalmente conseguir avaliar em que medida o bebê nascido após a morte de um irmão pode vir a ter seu desenvolvimento afetado.

Nesse sentido, o segundo artigo, por meio de um estudo de casos múltiplos de caráter contrastante buscou compreender em maior profundidade o processo de luto de mães que possuíam filhos nascidos antes e depois de uma perda gestacional. O intuito desse estudo foi investigar o potencial traumático deste tipo de perda – entendida na presente Tese como um tipo de perda de filho –, a partir de uma perspectiva psicanalítica, e analisar as eventuais repercussões deste processo na vivência da maternidade após a perda. Os achados indicaram como a vivência de uma perda dessa natureza pode ser potencialmente traumática. Com diferentes histórias e contextos de vida – apesar de as mães terem aproximadamente a mesma idade, nível de escolaridade, estarem em um relacionamento amoroso estável, já serem mães antes da perda e terem um bebê pós-perda – mostraram-se diferentes facetas de vivências aparentemente semelhantes, mais uma vez reforçando a importância e necessidade de maior atenção por parte de pesquisadores, a fim de que a temática da perda de filho seja mais bem conhecida. Somente assim será possível pautar as práticas em saúde mental em dados mais condizentes com a realidade de quem vive a perda de um filho, as implicações de uma maternidade atravessada por um processo de luto e, por fim, para melhor entender de que maneira a díade mãe-bebê subsequente será “marcada” por esse processo de luto, especialmente o bebê em seu desenvolvimento inicial.

Por fim, o terceiro artigo objetivou avançar na compreensão do tema, no sentido de tentar verificar repercussões da vivência do luto materno no desenvolvimento emocional de bebês nascidos subsequentemente a perda, considerando-se a

presença de SP como indicativo de perturbações na díade mãe-bebê, que se mostra como um dos pilares da formação psíquica do bebê, da estruturação da mente e do processo de maturação e individuação que será desenvolvido ao longo da vida. Foram constatadas diferenças estatísticas entre bebês de mães sem e com perdas prévias de filho. Os bebês filhos de mães com histórico de perdas apresentam maior número de sintomas, sinalizando uma possível fragilidade emocional percebida pelas suas mães, por meio de sintomas somáticos ou mesmo uma hipervigilância das mães em relação à saúde do bebê, talvez por temor da experiência de perda anterior. Tal achado reforça a premissa de que mães que perderam filhos, desde o período gestacional até a primeira infância, mesmo com o nascimento de um filho vivo e saudável, podem ainda manter em aberto, mesmo que inconscientemente, um processo de luto ativo e, por vezes, mal adaptativo, uma vez que em algum nível de consciência os bebês nascidos subsequentemente sinalizam que algo – que pode vir a ser a experiência da perda de um filho – não está completamente “resolvido” emocionalmente.

Em termos de limitações desta Tese, para além de questões pessoais – que foram muitas – e das limitações apontadas em cada um dos artigos elaborados, consta a pandemia de infecções por COVID-19 que modificou a vida de todos. Em termos acadêmicos, tivemos que adaptar à maneira do grupo de pesquisa de trabalhar, a forma de organização da pesquisa e de acesso às participantes. Somadas a todas essas questões, vivemos um período crítico enquanto sociedade (e possivelmente ainda não tenhamos saído dessa situação ainda), dificuldades relacionadas a própria questão médico-sanitária, com inseguranças, medos, incertezas e distanciamento entre as pessoas.

Em relação às implicações para a prática, é importante que os profissionais de saúde possam ter acesso a dados reais de vivência de perda de filho de mulheres e suas de famílias, a fim de que possam atuar de maneira mais empática, cuidadosa e acolhedora possível. A vivência de uma perda – com todos os significados singulares que representa para todos os implicados na situação – não é simples e dificilmente será possível criar um protocolo que abranja todas as particularidades presentes em todos os casos. Além disso, com vistas a proporcionar as melhores intervenções a mães enlutadas e suas famílias, os profissionais devem ter maior flexibilidade tanto em relação a uma capacidade socioemocional e psicológica bem estruturada, tanto

quanto em termos de domínio de técnicas profissionais, já que se trata de um tema tão delicado e multifacetado. Como pode-se observar, nem todas as mães com perdas sentiram que perderam um filho, ao passo que foi possível constatar intenso sofrimento tanto em mães que sentiram que perderam um filho e em mães que não entenderam que perderam um filho de fato. Evidenciou-se que a percepção da qualidade do relacionamento amoroso, entre a mãe e o seu companheiro, mostrou-se como uma importante variável para a presença de sintomas psicopatológicos, independentemente de histórico de perda de filho. Esse dado reforça a importância da estruturação e de fortalecimento de rede de apoio que consigam ser e dar suporte.

Assim, em termos de políticas públicas de saúde, é importante que novas diretrizes sejam pensadas, a fim de que os profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem, todos os profissionais de saúde, sem exceção – estejam mais bem capacitados para lidar com perdas – na maternidade e na pediatria – e com o luto, principalmente materno, decorrente dessas perdas. Evidentemente toda a família da mãe enlutada vive um processo de luto. Contudo, o primeiro impacto dessa vivência acaba sendo sentido pela mulher, por isso o maior enfoque na mãe nesse trabalho. Inclusive, é importante que políticas públicas englobando o desenvolvimento infantil inicial dos bebês filhos de mães com perda e luto, bem como a parentalidade também sejam foco de intervenções a fim de abranger as necessidades de todo o sistema familiar.

Sugere-se que estudos futuros na área sejam realizados para avaliar diferentes tipos de perdas de filho – aborto, bebê natimorto, perda perinatal e perda na primeira infância – em separado, a fim de que se consiga avaliar mais especificamente as especificidades destas diferentes perdas. Também, seria importante que instrumentos de avaliação para cada um desses tipos de vivência de perda fossem elaborados e/ou adaptados, para que avaliações mais precisas sejam feitas pelos profissionais. A partir disso, condutas mais direcionadas ao contexto da díade mãe-bebê possam ser mais bem elaboradas. Ainda é importante que outras áreas do desenvolvimento do bebê, para além do domínio socioemocional, sejam examinadas.

**ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
(UFCSPA) Nº 3.334.846**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno

**Pesquisador:** DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 58362116.4.0000.5345

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

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.334.846

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa intitulado Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno. Os sintomas psicofuncionais são manifestações somáticas e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que sinalizam dificuldades na relação e na interação pai/mãe-bebê. A idade da mãe, a presença de psicopatologia materna e, particularmente, a vivência de uma situação de luto materno, podem impactar essa relação e predispor ao aparecimento desse tipo de sintoma no bebê. Contudo, a investigação de tais aspectos tem sido negligenciada em pesquisas brasileiras, contrariando a sua relevância para a clínica pais-bebê. Como os sintomas psicofuncionais podem atingir as principais funções orgânicas do bebê (como o sono, a alimentação e a respiração), necessitam ser identificados precocemente, para adequado atendimento, evitando-se prejuízos para o desenvolvimento infantil.

**Objetivo da Pesquisa:**

Encaminhamento de emenda com a solicitação de realização de coletas online, para ampliar e facilitar o acesso aos participantes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não se aplica.

**Endereço:** Rua Sarmiento Leite, 245

**Bairro:** Sarmiento

**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: 3.334.846

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- O encaminhamento da emenda tem o intuito de sanar dificuldades que seguem sendo encontradas na coleta de dados no que tange à localização de participantes que tenham vivenciado perda de filho (seja na gestação, parto ou posterior ao nascimento). A proposta dos pesquisadores nessa emenda é a autorização para a realização da coleta de dados pela internet. O Conselho Federal de Psicologia autorizou, por meio da Resolução nº 11/2018, a atuação de psicólogos mediada pelo uso de tecnologias, como a internet. Outros estudos já têm utilizado esse meio como interface para acessar participantes e os resultados tem se mostrado bons, retratando a realidade e ampliando a visão das questões envolvidas na pesquisa, pela possibilidade de acesso a pessoas de diferentes contextos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

-Encaminhado novo TCLE com a proposta on-line;  
-Encaminhada carta de emenda;

**Recomendações:**

- Recomenda-se a aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Não há pendências ou inadequações identificadas neste momento.  
- Solicita-se atentar para os momentos de entrega de relatórios para o acompanhamento da pesquisa e avaliação de possível necessidade de novos ajustes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_133814_4_E2.pdf	16/04/2019 22:41:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_2_abril2019.pdf	16/04/2019 22:40:05	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_1_abril2019.pdf	16/04/2019 22:39:57	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	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: 3.334.846

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_2_abril2019.pdf	16/04/2019 22:38:14	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_1_abril2019.pdf	16/04/2019 22:38:04	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_emenda_abril19.pdf	16/04/2019 22:37:52	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_abril2019_CEP.pdf	16/04/2019 22:37:24	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_emenda_julho18.docx	11/07/2018 12:47:59	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_2_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:46:42	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_1_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:46:28	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_2_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:43:31	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_1_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:43:17	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_emenda_julho18_CEP.doc	11/07/2018 12:42:57	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_projeto_luto.pdf	29/07/2016 13:03:13	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Termo_compromisso_utilizacao_dados_SMS.pdf	27/07/2016 23:55:12	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Termo_compromisso_relatorio_UFCSPA.pdf	27/07/2016 23:54:45	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Ciencia_SMS.pdf	27/07/2016 23:52:04	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	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: 3.334.846

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**Luciane Dalcanale Moussalle**  
**(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

**ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
(UFCSPA) Nº 4.066.113**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno

**Pesquisador:** DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 58362116.4.0000.5345

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

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.066.113

**Apresentação do Projeto:**

As pesquisadoras apresentam a terceira emenda ao referente projeto, com a solicitação de ampliação de prazo para coleta de dados, tendo como uma das justificativas a necessidade de obtenção do N amostral. Na emenda anterior, para que este objetivo fosse alcançado, houve a disponibilização do uso da internet como recurso digital. Para esta emenda, há solicitação da inclusão documental também.

**Objetivo da Pesquisa:**

Não modificaram em relação ao projeto original.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não se aplica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- É solicitado a liberação do uso do software SurveyMonkey para a realização da coleta de parte dos dados. Essa autorização envolve a aplicação dos seguintes instrumentos, que não são comercializados: Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, Symptom Check List (SCL) (versão reduzida), Inventário Dimensional para a Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI), Escala Revisada de Ajustamento Diádico (Revised Dyadic Adjustment Scale - RDAS), Brief Symptom Inventory (BSI), Questionário sobre Situações de Perdas e Luto e Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13).

**Endereço:** Rua Sarmiento Leite ,245

**Bairro:** Sarmiento

**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: 4.066.113

- Ressalta-se que dois instrumentos do estudo (IPSF – Inventário de Percepção do Suporte Familiar) e a Entrevista sobre o sobre Vivência de Luto Materno e Experiência de Maternidade Atual, continuarão sendo aplicados presencialmente ou na forma de uma entrevista via videoconferência (no caso dos participantes que residirem fora da Grande Porto Alegre), uma vez que o primeiro instrumento (IPSF) é comercializado, não havendo, portanto, permissão para o seu uso de forma online. Por sua vez, a entrevista semiestruturada constitui-se um momento da coleta de dados em que as questões maternas são aprofundadas, exigindo maior cuidado e empatia por parte das pesquisadoras. Assim, a realização da entrevista, mesmo que via online, já autorizada por esse Comitê, proporcionará um setting diferenciado.

- As pesquisadoras informam que em função da temática do projeto, ao receber os dados dos formulários online das participantes, as pesquisadoras estarão atentas aos resultados e a possíveis dificuldades emocionais apresentadas pelas mesmas. Caso seja identificado sofrimento psíquico intenso, indícios de psicopatologia grave na mãe ou risco para o bebê, em qualquer momento da coleta de dados, será proporcionado um acolhimento imediato a diádia pela equipe de pesquisa (por se tratar de profissionais psicólogos e estudantes de Psicologia das séries finais do curso, já em estágio) e os encaminhamentos necessários para a rede de assistência à saúde e assistência social dos municípios de residência dos participantes. Assim, a equipe está comprometida a mapear a rede de assistência e a contatar os serviços, com intuito de assegurar o necessário suporte a participante e/ou ao seu bebê, sempre que necessário.

- Foi solicitado também a prorrogação do cronograma a fim de que seja possível implementar as modificações necessárias (de coleta, análise de dados, produção de conhecimento) para ampliação da amostra e, então, dos resultados de maior confiança em termos de evidência científica, conforme a adaptação realizada no projeto anexado aos documentos na plataforma.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Apresentados novos TCLE's, Convite e Carta ao CEP com as considerações a respeito da emenda.

**Recomendações:**

- Recomenda-se verificar as pendências apontadas no presente parecer para possibilitar as adequações e/ou necessidades de justificativas.

- Recomenda-se o envio por meio de carta-resposta ao CEP das pendências apontadas.

**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: 4.066.113

- A partir desta análise faz-se necessárias as adequações cabíveis.
- Devem ser apresentados os relatórios parciais conforme, servindo inclusive como forma de possibilitar qualquer necessidade de inclusão de emenda/ notificação.

- Lembramos também que as "Emendas" ao projeto somente poderão ser solicitadas enquanto o projeto estiver em vigência, de acordo com o cronograma registrado no protocolo/PB.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Até o presente momento, não houve a entrega de relatórios que justifiquem a necessidade de inclusão de novos instrumentos de pesquisa e prorrogação de cronograma. Isto deve ser revisto e apresentado. Somentamos que no parecer do relator da emenda de 2019 isto já havia sido sinalizado.

- Quantas participantes foram avaliadas até o presente momentos dos 150 previstos desde 2016? Que resultados parciais foram obtidos? Por qual motivo se justifica a solicitação de ampliação do cronograma para atingir o N amostral? Em um dado momento, é citado inclusive "ampliação da amostra". Por qual motivo? Rever e justificar.

- Qual a necessidade de inclusão dos documentos citados?

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1528647_É3.pdf	09/04/2020 16:40:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINAL_Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_abr2020_CEP.doc	09/04/2020 16:39:14	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Cronograma	FINAL_cronograma_abr2020_CEP.doc	09/04/2020 16:38:43	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Solicitação Assinada pelo	Carta_ao_cep_marco2020.pdf	18/03/2020 14:48:09	Gabriela Nunes Maia	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: 4.066.113

Pesquisador Responsável	Carta_ao_cep_marco2020.pdf	18/03/2020 14:48:09	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Outros	Convite_final_mar2020.pdf	18/03/2020 14:41:16	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	finalFINALTCLE_Estudo_2_mar2020.doc	18/03/2020 14:39:44	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	finalFINALTCLE_Estudo_1_SURVEYMONKEY_mar2020.doc	18/03/2020 14:38:55	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINAL_Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_mar2020_CEP.doc	18/03/2020 14:36:39	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_2_abril2019.pdf	16/04/2019 22:40:05	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_1_abril2019.pdf	16/04/2019 22:39:57	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_2_abril2019.pdf	16/04/2019 22:38:14	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_1_abril2019.pdf	16/04/2019 22:38:04	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_emenda_abril19.pdf	16/04/2019 22:37:52	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_abril2019_CEP.pdf	16/04/2019 22:37:24	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_emenda_julho18.docx	11/07/2018 12:47:59	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_2_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:46:42	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_1_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:46:28	Gabriela Nunes Maia	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: 4.066.113

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_2_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:43:31	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_1_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:43:17	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_emenda_julho18_CEP.doc	11/07/2018 12:42:57	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_projeto_luto.pdf	29/07/2016 13:03:13	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Termo_compromisso_utilizacao_dados_SMS.pdf	27/07/2016 23:55:12	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Termo_compromisso_relatorio_UFCSPA.pdf	27/07/2016 23:54:45	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Ciencia_SMS.pdf	27/07/2016 23:52:04	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 03 de Junho de 2020

Assinado por:  
Luciane Dalcanale Moussalle  
(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

**ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
(UFCSPA) Nº 4.218.378**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno

**Pesquisador:** DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

**Área Temática:**

**Versão:** 6

**CAAE:** 58362116.4.0000.5345

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

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.218.378

**Apresentação do Projeto:**

Emenda do projeto solicitando ampliação do prazo de coleta de dados para julho de 2021 (via online).

Inclusão da pesquisadora Katherine Flach como membro da equipe do projeto (Doutoranda do PPG Ciências da Saúde da UFCSPA).

Apresentado relatório parcial de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens (15 a 24 anos), de seis a dezoito meses de vida, bem como avaliar aspectos emocionais e vivências de luto das mães cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional.

**Objetivo Secundário:**

Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e clínicos.

Relacionar a presença de sintomas psicofuncionais nos bebês com variáveis sociodemográficas e clínicas.

**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: 4.218.378

Examinar aspectos emocionais de mães jovens cujos bebês sejam portadores de algum sintoma psicofuncional, mais especificamente: estado emocional materno, percepção de ajustamento diádico, percepção de suporte familiar, padrões de vinculação maternos e vivência de luto prolongado. Descrever a experiência da maternidade, a relação mãe-bebê e as vivências de luto. Relacionar a presença de sintomas psicofuncionais nos bebês ao estado emocional materno, ajustamento diádico, percepção de suporte familiar, padrões de vinculação da mãe aos próprios genitores e vivência de luto prolongado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Caso seja identificado sofrimento psíquico intenso, indícios de psicopatologia grave na mãe ou risco para o bebê, em qualquer momento da coleta de dados, será proporcionado um acolhimento imediato à díade pela equipe de pesquisa (por se trataram de profissionais psicólogos e estudantes de Psicologia das séries finais do curso, já em estágio) e os encaminhamentos necessários para a rede de assistência à saúde e assistência social dos municípios de residência dos participantes. Assim, a equipe está comprometida a mapear a rede de assistência e a contatar os serviços, com intuito de assegurar o necessário suporte à participante e/ou ao seu bebê, sempre que necessário.

**Benefícios:**

Como a temática do luto não tem sido contemplada na assistência de mães jovens, a participação no estudo permitirá às mães um espaço para reflexão e diálogo sobre a situação vivenciada, o que poderá ser benéfico para tranquilizar a jovem. Além disso, haverá a oportunidade de identificação de jovens e bebês em sofrimento, que, a partir da participação no estudo, poderão receber um encaminhamento adequado para suas necessidades psicológicas. Ainda, o conhecimento produzido a partir do estudo será revertido em ações de qualificação da assistência ou mesmo em futuras intervenções para mães jovens que vivenciam situações de luto em diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal e posterior.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Emenda justificando alteração de cronograma para finalização do projeto em julho de 2021 (6 meses). Dos 150 entrevistados, já foram incluídos 48 participantes.

**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: 4.218.378

Os relatórios parciais foram enviados como notificação pela equipe do projeto nas datas previstas e solicitadas pelo CEP. O relatório de 2018 encontra-se na Plataforma, mas o de 2019 não, talvez por alguma falha do sistema da Plataforma. De qualquer forma, são apresentados novamente nesse momento.

Na carta resposta de março/20 foi solicitada a inclusão dos instrumentos Symptom Check List (SCL) (versão reduzida), Inventário Dimensional para a Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI), Escala Revisada de Ajustamento Diádico (Revised Dyadic Adjustment Scale - RDAS), Brief Symptom Inventory (BSI), Questionário sobre Situações de Perdas e Luto e Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos devidamente apresentados e aprovados anteriormente.

**Recomendações:**

Solicita-se atentar para os momentos de entrega de relatórios para o acompanhamento da pesquisa, o que torna difícil identificar a justificativa de não conseguir, ainda, realizar a coleta na sua íntegra, já que é uma pesquisa de longo prazo.

Recomenda-se aprovar

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovar

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1528647_E3.pdf	03/07/2020 23:45:03		Aceito
Outros	Relatorio_Parcial_CEP_UFCSPA_2019.pdf	03/07/2020 23:44:13	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Outros	Relatorio_Parcial_CEP_UFCSPA_2020.pdf	03/07/2020 23:43:26	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_emenda_julho2020.pdf	03/07/2020 23:39:20	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINAL_Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_abr2020_CEP.doc	09/04/2020 16:39:14	Gabriela Nunes Maia	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: 4.218.378

Cronograma	FINAL_cronograma_abr2020_CEP.doc	09/04/2020 16:38:43	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_ao_cep_marco2020.pdf	18/03/2020 14:48:09	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Outros	Convite_final_mar2020.pdf	18/03/2020 14:41:16	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	finalFINALTCLE_Estudo_2_mar2020.doc	18/03/2020 14:39:44	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	finalFINALTCLE_Estudo_1_SURVEYMONKEY_mar2020.doc	18/03/2020 14:38:55	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FINAL_Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_mar2020_CEP.doc	18/03/2020 14:36:39	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_2_abril2019.pdf	16/04/2019 22:40:05	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_1_abril2019.pdf	16/04/2019 22:39:57	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_2_abril2019.pdf	16/04/2019 22:38:14	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_1_abril2019.pdf	16/04/2019 22:38:04	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_emenda_abril19.pdf	16/04/2019 22:37:52	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_abril2019_CEP.pdf	16/04/2019 22:37:24	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_emenda_julho18.docx	11/07/2018 12:47:59	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_2_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:46:42	Gabriela Nunes Maia	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: 4.218.378

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_1_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:46:28	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_2_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:43:31	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_1_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:43:17	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_emenda_julho18_CEP.doc	11/07/2018 12:42:57	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_projeto_luto.pdf	29/07/2016 13:03:13	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Termo_compromisso_utilizacao_dados_SMS.pdf	27/07/2016 23:55:12	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Termo_compromisso_relatorio_UFCSPA.pdf	27/07/2016 23:54:45	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Ciencia_SMS.pdf	27/07/2016 23:52:04	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Agosto de 2020

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

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

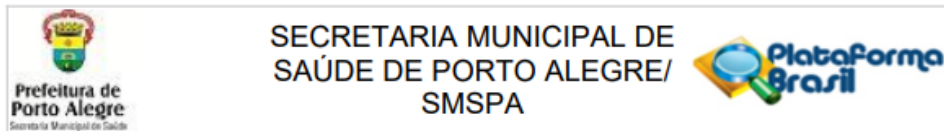
**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

**ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE (SMSPA) Nº  
3.366.814**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Fatores de risco para sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens: Foco na idade, na saúde mental e no luto materno

**Pesquisador:** DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58362116.4.3001.5338

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.366.814

**Apresentação do Projeto:**

EMENDA.

Trata-se de pesquisa Institucional do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

O presente estudo tem por objetivo identificar sintomas psicofuncionais em bebês de mães jovens (15 a 24 anos), de seis a dezoito meses de vida, bem como avaliar aspectos emocionais e vivências de luto das mães cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional. Participarão do estudo até 150 mães jovens (15 a 24 anos), de diferentes níveis socioeconômicos e situação conjugal, cujos bebês tenham entre 6 e 18 meses de vida. Elas serão contatadas tanto em instituições de saúde pública e de educação de Porto Alegre e região, como por conveniência.

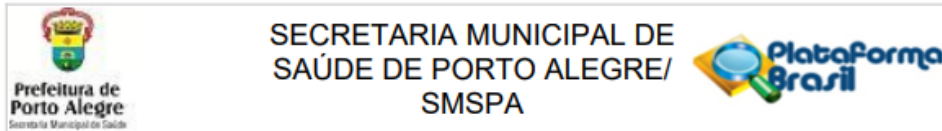
Destes 150 participantes, teremos um grupo de 30, de bebês com sintomas e mães enlutadas e 120, grupo de bebês sem sintomas. Isto deverá ocorrer no período de Agosto de 2018 a Março de 2020.

**Objetivo da Pesquisa:**

Primários.

Identificar sintomas psicofuncionais e avaliar o desenvolvimento de bebês de mães adolescentes

<b>Endereço:</b> Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar	
<b>Bairro:</b> Centro Histórico	<b>CEP:</b> 90.010-040
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE
<b>Telefone:</b> (51)3289-5517	<b>Fax:</b> (51)3289-2453 <b>E-mail:</b> cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.366.814

(15 a 19 anos), jovens (20 a 24 anos) e adultas (acima de 25 anos), de seis a 24 meses de vida, bem como avaliar aspectos emocionais e vivenciais do luto das mães cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional e/ou risco ao desenvolvimento.

Secundários.

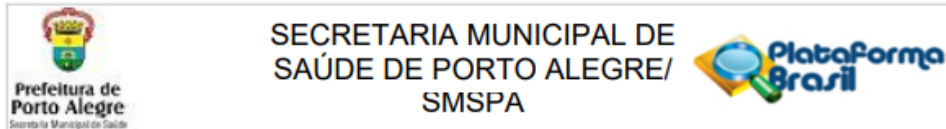
- caracterizar a amostra em termos sócio demográficos e clínicos;
- relacionar a presença de sintomas psicofuncionais nos bebês com variável sócia demográfica e clínica;
- examinar aspectos emocionais de mães jovens cujos bebês sejam portadores de algum sintoma psicofuncional, mais especificamente: estado emocional materno, percepção e ajustamento diádico, percepção de suporte familiar, padrões de vinculação maternos e vivência no luto prolongado;
- descrever a experiência da maternidade, relação mãe-bebê e as vivências do luto;
- relacionar a presença de sintomas psicofuncionais nos bebês ao estado emocional, ajustamento diádico, percepção de suporte familiar, padrões de vinculação da mãe aos próprios genitores e vivência de luto prolongado.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sobre riscos:

As mães jovens, convidadas a participar, receberão explicação detalhada e clara a respeito dos objetivos e procedimentos, e poderão interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no atendimento recebido para ela e/ou bebê. Destaca-se que os instrumentos utilizados não representam ameaça à saúde física das participantes, embora pela temática do luto, possam apresentar potencial ansiogênico, que se acredita, não seja significativo a ponto de causar algum prejuízo. Caso seja identificada qualquer situação de sofrimento psíquico ou risco para o bebê no momento da coleta de dados, será feito um primeiro acolhimento à díade pelos pesquisadores (por se tratarem de estudantes e profissionais psicólogos) e os encaminhamentos necessários para a rede de assistência à saúde e assistência social dos municípios de residência dos participantes e/ou para os serviços-escola das universidades envolvidas. As mães que precisarem de atendimento conjuntos mãe-bebê serão encaminhadas e atendidas no Centro de Atendimento Pais-Bebê (UFRGS), coordenado por dos pesquisadores deste estudo.

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.366.814

Sobre os benefícios:

Como a temática do luto não tem sido contemplada na assistência de mães jovens, a participação no estudo permitirá às mães um espaço para a reflexão e diálogo sobre a situação vivenciada, o que poderá ser um benefício para tranquilizar a jovem. Além disso, haverá a oportunidade de identificação de jovens e bebês em sofrimento, que a partir da participação no estudo, poderão receber um encaminhamento adequado para suas necessidades psicológicas. O conhecimento produzido a partir do estudo será revertido em ações de qualificação da assistência ou mesmo em futuras intervenções para mães jovens, que vivenciam situações de luto em diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal e a posteriori.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Apresentação de Emenda pela pesquisadora com a justificativa de dificuldades encontradas na coleta de dados e ajustes, que se mostravam necessários no decorrer do Projeto, solicitando:

- a) prorrogação do Cronograma;
- b) ampliação da idade das participantes, incluindo mulheres com mais de 24 anos, que não irão acarretar nenhuma mudança nos termos dos objetivos e instrumentos utilizados;
- c) ampliação da idade do bebê (dos atuais 18 meses) para 24 meses, que da mesma forma, não irão acarretar nenhuma mudança nos objetivos e instrumentos utilizados. Os instrumentos utilizados podem ser aplicados para bebês até 30 meses.
- d) inclusão do Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI), que avalia o desenvolvimento infantil em 5 domínios teóricos: cognitivo, socioemocional, motricidade (ampla e fina), comunicação e linguagem (receptiva e expressiva) e comportamento adaptativo.
- e) solicitada autorização para modificação na ordem de aplicação dos instrumentos envolvidos na avaliação da mãe e do bebê, no Estudo 1 e entrevista com as participantes que efetivamente apresentarem situações de luto prolongado, no Estudo 2.
- f) solicitação de realização de coletas online, para ampliar e facilitar o acesso às participantes.

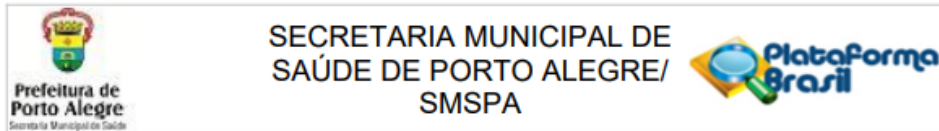
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Nenhuma consideração.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.366.814

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

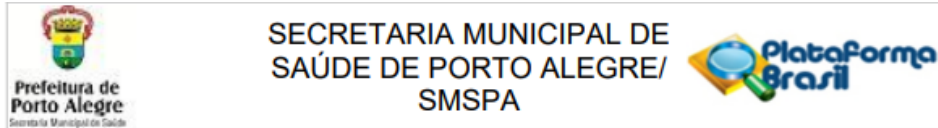
Concluimos pela aprovação da emenda.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_2_abril2019.pdf	16/04/2019 22:40:05	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_1_abril2019.pdf	16/04/2019 22:39:57	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_2_abril2019.pdf	16/04/2019 22:38:14	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_1_abril2019.pdf	16/04/2019 22:38:04	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_emenda_abril19.pdf	16/04/2019 22:37:52	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_abril2019_CEP.pdf	16/04/2019 22:37:24	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_emenda_julho18.docx	11/07/2018 12:47:59	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_2_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:46:42	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_TA_Estudo_1_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:46:28	Gabriela Nunes Maia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_2_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:43:31	Gabriela Nunes Maia	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 3.366.814

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Estudo_1_SMS_julho2018.doc	11/07/2018 12:43:17	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Luto_Materno_Sintomas_Psicofuncionais_Bebe_emenda_julho18_CEP.doc	11/07/2018 12:42:57	Gabriela Nunes Maia	Aceito
Outros	Termo_compromisso_utilizacao_dados_SMS.pdf	27/07/2016 23:55:12	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito
Outros	Termo_compromisso_relatorio_UFCSPA.pdf	27/07/2016 23:54:45	DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Thais Schossler**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com

## ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESTUDO I: INSTRUMENTOS QUANTITATIVOS)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Estudo I: *Identificação de Sintomas Psicofuncionais em Bebês (6-18meses) de Mães Jovens* (Para uso em UBS – Porto Alegre)

Você, na condição de mãe do(a) bebê \_\_\_\_\_ está sendo convidada a participar da primeira etapa da pesquisa **Fatores de Risco para Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens: Foco na Idade, na Saúde Mental e no Luto Materno**, coordenada pela Profª Drª Daniela Centenaro Levandowski, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, que tem como objetivo principal identificar sintomas psicofuncionais de bebês de seis a 24 meses, filhos de mães de idades variadas (a partir de 15 anos), atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre. Sintomas psicofuncionais são manifestações do corpo e do comportamento do bebê, sem causa orgânica definida, que não respondem aos tratamentos médicos tradicionais e que, por isso, podem estar sofrendo interferência de alguma influência emocional, como uma mudança na família, uma situação de crise, etc. Esses sintomas podem atingir as principais funções do corpo do bebê (por exemplo, o sono, a alimentação e a respiração). Esses sintomas necessitam ser identificados precocemente para o seu adequado atendimento, evitando-se prejuízos para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a).

Para alcançar os objetivos do estudo, estamos convidando você para colaborar conosco. Essa colaboração envolve a realização de uma conversa com os pesquisadores, com duração de até 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito de seus dados pessoais, de saúde, do seu estado emocional e do desenvolvimento do seu bebê. Essa entrevista poderá realizada aqui na UBS ou em outro local de sua preferência, no dia de hoje ou em outra data que ficar mais adequada para você. Você não terá nenhum tipo de custo com essa participação, pois seu deslocamento será pago pela equipe de pesquisa. A sua participação não acarretará nenhum tipo de risco para você ou seu bebê. Entretanto, algumas perguntas poderão lhe causar algum desconforto. Caso isso aconteça, você poderá interromper a sua participação ou mesmo se recusar a responder, e a equipe de pesquisa lhe proporcionará, no mesmo momento, um espaço para reflexão e diálogo sobre a situação, caso seja do seu interesse. Além disso, durante a sua participação, qualquer dúvida que você tiver poderá ser esclarecida pela equipe de pesquisa.

Após o levantamento das suas respostas, será oportunizado um encontro para que você tenha um retorno dos resultados, aqui na UBS ou em outro local de sua preferência, para o qual a equipe de pesquisa também fornecerá pagamento para o seu deslocamento. Durante a sua participação, caso a equipe de pesquisa identifique algum tipo de sofrimento emocional ou risco para você e/ou seu bebê em qualquer momento do estudo, garantiremos o encaminhamento para a rede de assistência social e/ou de saúde, ou para os serviços-escola das universidades envolvidas, sempre considerando o que for mais próximo da sua residência.

Destacamos que os seus dados pessoais serão confidenciais e que o seu nome e o do seu bebê serão preservados em qualquer trabalho derivado do presente estudo. Eles servirão apenas para caracterizarmos as mães que colaborarem com essa pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo armazenados pela coordenadora da pesquisa durante cinco anos e, após, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Ainda, garantimos que você poderá interromper a sua participação nesse estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo ao atendimento que você e sua família recebem nessa UBS.

Eu, \_\_\_\_\_, mãe do(a) bebê acima descrito(a), declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e, por isso, aceito participar da pesquisa. Declaro que também fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a participação no estudo será voluntária, sem nenhum tipo de bonificação/pagamento (a não ser para o meu deslocamento), e poderá ser interrompida a qualquer momento por mim, sem prejuízo no atendimento recebido na instituição de saúde para mim e/ou para o meu bebê;

CEP/UF-CSPA  
TOTAL  
APROVADO  
16/08/18



- Da garantia de ressarcimento por eventuais danos à jovem que comprovadamente sejam relacionados à participação nessa pesquisa;
- Da garantia que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski pelo telefone 3303-8826, na UFCSPA;
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone 3303-8804, ou no endereço Rua Sarmento Leite, nº 245, Centro, Porto Alegre/RS, CEP 90050-170 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone 3289-5517, nos emails [cep\\_sms@hotmail.com.br](mailto:cep_sms@hotmail.com.br) e [cep\\_sms@sms.prefpoa.com.br](mailto:cep_sms@sms.prefpoa.com.br), ou no endereço Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar, Centro Histórico, Porto Alegre/RS.

Declaro também que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinaturas:

Coordenadora da pesquisa: \_\_\_\_\_

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

CEP/UFCSPA  
 (C)E  
 APROVADO  
 14 08 18

## ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Estudo II: *Avaliação de Aspectos Emocionais de Mães Jovens na Presença de Sintomas Psicofuncionais do Bebê* (Para uso em UBS – Porto Alegre)

Você, na condição de mãe do(a) bebê \_\_\_\_\_, está sendo convidada a participar da segunda etapa da pesquisa **Fatores de Risco para Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens: Foco na Idade, na Saúde Mental e no Luto Materno**, coordenada pela Profª Drª Daniela Centenaro Levandowski, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, que tem como objetivo principal identificar sintomas psicofuncionais de bebês de seis a 24 meses, filhos de mães de idades variadas (a partir de 15 anos), atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre. Sintomas psicofuncionais são manifestações do corpo e do comportamento do bebê, sem causa orgânica definida, que não respondem aos tratamentos médicos tradicionais e que, por isso, podem estar sofrendo interferência de alguma influência emocional, como uma mudança na família, uma situação de crise, etc. Esses sintomas podem atingir as principais funções do corpo do bebê (por exemplo, o sono, a alimentação e a respiração). Esses sintomas necessitam ser identificados precocemente para o seu adequado atendimento, evitando-se prejuízos para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a).

Para alcançar os objetivos do estudo, estamos convidando você para colaborar novamente conosco. Essa colaboração envolve a realização de uma entrevista individual, que será gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito da maternidade e de possíveis situações de luto que você tenha vivenciado. Além disso, você será solicitada a responder alguns a uma entrevista sobre a vivência do luto e da maternidade, além de um questionário sobre luto prolongado, com duração aproximada de 60 minutos.

Essas atividades poderão ser realizadas na sua casa, na unidade básica de saúde ou na universidade, na data e horário que for mais adequada para você. Você não terá nenhum tipo de custo com essa participação, pois seu deslocamento até a universidade, se ocorrer, será pago pela equipe de pesquisa. A sua participação não acarretará nenhum tipo de risco para você ou seu bebê. Entretanto, algumas perguntas poderão lhe causar algum desconforto. Caso isso aconteça, você poderá interromper a sua participação ou mesmo se recusar a responder, e a equipe de pesquisa lhe proporcionará, no mesmo momento, um espaço para reflexão e diálogo sobre a situação, caso seja do seu interesse. Além disso, durante a sua participação, qualquer dúvida que você tiver poderá ser esclarecida pela equipe de pesquisa.

Após o levantamento das suas respostas, será oportunizado um encontro para que você tenha um retorno dos resultados, aqui na UBS, na universidade ou em outro local de sua preferência, para o qual a equipe de pesquisa também fornecerá pagamento para o seu deslocamento. Durante a sua participação, caso a equipe de pesquisa identifique algum tipo de sofrimento emocional ou risco para o seu bebê em qualquer momento do estudo, garantiremos o seu encaminhamento para a rede de assistência social e/ou de saúde, ou para os serviços-escola das universidades envolvidas, sempre considerando o que for mais próximo da sua residência.

Destacamos que os seus dados pessoais serão confidenciais e que o seu nome e o do seu bebê serão preservados em qualquer trabalho derivado do presente estudo. Eles servirão apenas para caracterizarmos as mães que colaborarem com essa pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo armazenados pela coordenadora da pesquisa durante cinco anos e, após, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Ainda, garantimos que você poderá interromper a sua participação nesse estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo ao atendimento que você e sua família recebem nessa UBS.

Eu, \_\_\_\_\_, mãe do(a) bebê acima descrito(a), declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e, por isso, aceito participar da pesquisa. Declaro que também fui informada:

• Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

CEF/UFCSPA  
 LÍLIE  
 APROVADO  
 11/08/18



- De que a participação no estudo será voluntária, sem nenhum tipo de bonificação/pagamento (a não ser para o meu deslocamento), e poderá ser interrompida a qualquer momento por mim, sem prejuízo no atendimento recebido na instituição de saúde para mim e/ou para o meu bebê;
- Da garantia de ressarcimento por eventuais danos que comprovadamente sejam relacionados à participação nessa pesquisa;
- Da garantia que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski pelo telefone 3303-8826, na UFCSPA;
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone 3303-8804, ou no endereço Rua Sarmento Leite, nº 245, Centro, Porto Alegre/RS, CEP 90050-170, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone 3289-5517, nos emails [cep\\_sms@hotmail.com.br](mailto:cep_sms@hotmail.com.br) e [cep\\_sms@sms.prefpoa.com.br](mailto:cep_sms@sms.prefpoa.com.br), ou no endereço Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar, Centro Histórico, Porto Alegre/RS.

Declaro também que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Porto Alegre, \_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinaturas:

Coordenadora da pesquisa: \_\_\_\_\_

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

CEP/UFCSPA  
TCLE  
APROVADO  
16/08/18

## ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (SURVEY MONKEY)

### PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MÃE E DO BEBÊ

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro que fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a participação no estudo será voluntária, sem nenhum tipo de bonificação/pagamento, e poderá ser interrompida a qualquer momento por mim, sem qualquer tipo de prejuízo para mim e/ou para o meu bebê;
- Da garantia de indicação de local de atendimento próximo a minha residência referente às minhas necessidades quanto a assuntos relacionados à participação nessa pesquisa;
- Da garantia que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski pelo telefone 3303-8826, na UFCSPA, ou também pelos email acima citados (katherineflach@hotmail.com, gabismaia@gmail.com ou needs@ufcspa.edu.br);
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone 3303-8804, ou no endereço Rua Sarmento Leite, nº 245, Centro, Porto Alegre/RS, CEP 90050-170 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo telefone 3289-5517, nos emails cep\_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br, ou no endereço Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar, Centro Histórico, Porto Alegre/RS.

\* 1. Declaro, por meio de um clique, que estou ciente sobre a pesquisa e concordo voluntariamente em participar.

Aceito

Não aceito

Anterior

Próxima

## ANEXO H – BSI (VERSÃO PORTUGUESA; CANAVARRO, 1999)

<b>BSI</b>					
L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995					
A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.					
Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores no coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não podem ser controlados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	<u>Nunca</u>	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em <u>tomar decisões</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de automóvel, de ônibus ou de metrô	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. <u>Calafrios</u> ou <u>mal-estar físico</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia ( <u>encortamento</u> ou <u>formigueiro</u> ) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter <u>dificuldade</u> em se <u>concentrar</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. <u>Entrar facilmente</u> em <u>discussão</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que <u>não tem</u> valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter <u>sentimentos</u> de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO I – BSI (VERSÃO ADAPTADA PELO NEEDS)

### BSI

(L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O(A) INCOMODOU DURANTE A **ÚLTIMA SEMANA**. Para cada problema ou sintoma, marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado(a) pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores no coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a própria vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não podem ser controlados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldades em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se amedrontado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de você	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Em que medida foi incomodado(a) pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
27. Dificuldade de tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de automóvel, de ônibus ou de trem/metrô	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou mal-estar físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (dormência ou formigamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado(a) pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de força em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou quebrar coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado (envergonhado, atrapalhado) junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio de multidões, como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo(a)" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso(a) quando tem que ficar sozinho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão agitado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de você	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem (não anda bem) na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO J – ESCALA REVISADA DE AJUSTAMENTO CONJUGAL (R-DAS)

### ESCALA REVISADA DE AJUSTAMENTO CONJUGAL (R-DAS)<sup>1</sup>

A maioria das pessoas têm divergências nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo qual o nível aproximado da concordância ou divergência entre você e seu esposo(a)/companheiro(a), para cada item da lista que se segue:

	Sempre Concordamos	Quase sempre Concordamos	Às vezes concordamos	Frequentemente Discordamos	Quase sempre Discordamos	Sempre Discordamos		
1. Assuntos religiosos	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>		
2. Demonstrações de carinho	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>		
3. Tomada de decisões importantes	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>		
4. Relações sexuais	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>		
5. Regras de comportamento social (por ex. como cumprimentar pessoas, regras à mesa, vestimenta)	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>		
6. Decisões profissionais	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>		
		Sempre	Quase sempre	Mais frequentemente sim do que não	Às vezes	Raramente	Nunca	
7. Com que frequência vocês conversam sobre divórcio, separação ou terminar sua relação?		<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
8. Com que frequência você e seu esposo(a), companheiro(a) brigam?		<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
9. Você já se arrependeu de ter casado ou vivido juntos ?		<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
10. Com que frequência você e seu esposo(a), companheiro(a) se irritam muito um com o outro?		<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	
				Todos os dias	Quase Todos os dias	Às vezes	Raramente	Nunca
11. Você e seu esposo(a), companheiro(a) fazem coisas juntos fora de casa?				<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
<b>Com que frequência você e seu esposo(a), companheiro(a) fazem as seguintes atividades juntos ?</b>								
	Nunca	Menos de uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais de uma vez por dia		
12. Trocam idéias de uma forma estimulante?	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>		
13. Fazem juntos alguma atividade?	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>		
14. Discutem algum assunto com calma	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>		
15. Vocês têm conversas interessantes?	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>		

**ANEXO K – PG13*****Prolonged Grief Disorder - 13*****PG-13 (versão Brasileira Delalibera, M. et al., 2017)**

INSTRUÇÕES DA PARTE I: Assinale a sua resposta para cada um dos itens:

1. No último mês, com que frequência sentiu saudades ou a ausência da pessoa que perdeu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 1= Quase nunca

\_\_\_\_\_ 2= Pelo menos uma vez

\_\_\_\_\_ 3= Pelo menos uma vez por semana

\_\_\_\_\_ 4= Pelo menos uma vez por dia

\_\_\_\_\_ 5= Várias vezes por dia

2. No último mês, com que frequência sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

\_\_\_\_\_ 1= Quase nunca

\_\_\_\_\_ 2= Pelo menos uma vez

\_\_\_\_\_ 3= Pelo menos uma vez por semana

\_\_\_\_\_ 4= Pelo menos uma vez por dia

\_\_\_\_\_ 5= Várias vezes por dia

3. Em relação às questões 1 e 2, experienciou esses sintomas pelo menos diariamente, e depois de transcorridos 6 meses da sua perda?

\_\_\_\_\_ Não

\_\_\_\_\_ Sim

4. No último mês, com que frequência tentou evitar contato com o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?

\_\_\_\_\_ 1= Quase nunca

\_\_\_\_\_ 2= Pelo menos uma vez

\_\_\_\_\_ 3= Pelo menos uma vez por semana

\_\_\_\_\_ 4= Pelo menos uma vez por dia

\_\_\_\_\_ 5= Várias vezes por dia

5. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou confuso pela sua perda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 1= Quase nunca

\_\_\_\_\_ 2= Pelo menos uma vez

\_\_\_\_\_ 3= Pelo menos uma vez por semana

\_\_\_\_\_ 4= Pelo menos uma vez por dia

\_\_\_\_\_ 5= Várias vezes por dia

**INSTRUÇÕES DA PARTE II:** Por favor, indique com um círculo o número adequado correspondente ao que tipicamente sente em resposta a cada questão.

	Não, de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é desde a sua perda (isto é, sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a sua perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente que continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses) seria difícil para você agora?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente dormente desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

**INSTRUÇÕES DA PARTE III:** Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

\_\_\_\_\_ Não

\_\_\_\_\_ Sim

## ANEXO L – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

	Nome da mãe do bebê: _____ Data: ___/___/___ Nome do bebê: _____ Entrevistador(a): _____
--	------------------------------------------------------------------------------------------------

### QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA FAMÍLIA

(Adaptado de NUDIF, 2008)

**Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você, seu marido/companheiro, e sua família:**

#### MÃE DO BEBÊ

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Local de nascimento: ( ) Porto Alegre ( ) Grande Porto Alegre ( ) Interior, onde? \_\_\_\_\_

Caso seja **do Interior**, mas morando na Grande Porto Alegre, há quanto tempo mora aqui? \_\_\_meses/anos

Por quê? \_\_\_\_\_

Até que série estudou?

( ) nenhuma ( ) Ensino Fundamental - \_\_\_ série ( ) Ensino Médio - \_\_\_ série

( ) Superior ( ) Curso Técnico \_\_\_\_\_ ( ) Pós-Graduação \_\_\_\_\_

( ) Outro \_\_\_\_\_

Ainda está estudando? ( ) não ( ) sim, o que? \_\_\_\_\_

Você já reprovou? ( ) não ( ) sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_. Em que série? \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) separada/divorciada ( ) viúva ( ) morando junto ( ) está namorando

Caso seja casada ou esteja morando junto, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual o tempo total de relacionamento? \_\_\_\_\_

Tem religião? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Atualmente está trabalhando? ( ) sim ( ) não ( ) aposentada

Que tipo de trabalho você faz (explicitar)? \_\_\_\_\_. Quantas horas? \_\_\_ horas/dia

Você é remunerada? ( ) sim ( ) não Qual é o seu salário? R\$ \_\_\_\_\_

(Em caso negativo, perguntar)

Você já trabalhou? ( ) sim ( ) não

O que você fazia? \_\_\_\_\_

Você recebia? ( ) sim ( ) não Quanto? R\$ \_\_\_\_\_

Se trabalhava, porque parou? \_\_\_\_\_

Com que idade engravidou a primeira vez? \_\_\_\_\_ anos.

Com que idade teve o primeiro filho? \_\_\_\_\_ anos.

Tem outros filhos além do bebê? ( ) sim ( ) não. Quantos \_\_\_\_\_

	Idade	Sexo		Idade	Sexo
Filho 1	_____ anos	( ) F ( ) M	Filho 4	_____ anos	( ) F ( ) M
Filho 2	_____ anos	( ) F ( ) M	Filho 5	_____ anos	( ) F ( ) M
Filho 3	_____ anos	( ) F ( ) M	Filho 6	_____ anos	( ) F ( ) M

#### DADOS DO PAI BIOLÓGICO DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Seu companheiro atual é o pai do/s seu/s filho/s? ( ) sim ( ) não

O pai biológico de seu filho tem outros filhos? ( ) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_\_

Idade com que ele teve o(a) primeiro(a) filho(a): \_\_\_\_\_ anos

Nome do pai biológico: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos  
 Local de nascimento: ( ) Porto Alegre ( ) Grande Porto Alegre ( ) Interior, onde? \_\_\_\_\_  
 Endereço completo: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Até que série ele estudou?  
 ( ) nenhuma ( ) Ensino Fundamental - \_\_\_ série ( ) Ensino Médio - \_\_\_ série  
 ( ) Superior ( ) Curso Técnico \_\_\_\_\_ ( ) Pós-Graduação \_\_\_\_\_  
 ( ) Outro \_\_\_\_\_  
 Ainda está estudando? ( ) não ( ) sim, o que? \_\_\_\_\_  
 Ele já reprovou? ( ) não ( ) sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_. Em que série? \_\_\_\_\_  
 Tem religião? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_  
 Seu marido/companheiro trabalha? ( ) sim ( ) não ( ) aposentado  
 Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? \_\_\_\_\_ Quantas horas? \_\_\_ horas/dia  
 Ele é remunerado? ( ) sim ( ) não Quanto ele ganha? R\$ \_\_\_\_\_ ( ) não sabe  
 (Caso não estiver trabalhando)  
 Qual era o trabalho anterior dele? \_\_\_\_\_

#### DADOS DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Nome: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_ meses  
 Local de nascimento: ( ) Porto Alegre ( ) Grande Porto Alegre ( ) Interior, onde?  
 \_\_\_\_\_  
 A criança freqüente creche/escolinha? ( ) sim ( ) não  
 Com que idade ele(a) começou a freqüentar a escolinha/creche? \_\_\_ meses  
 A escolinha/creche é: ( ) municipal ( ) estadual ( ) particular ( ) creche informal (pessoa que cuida crianças em casa)  
 Caso não frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê?  
 ( ) mãe ( ) pai ( ) avó ( ) irmão(ã) ( ) tia ( ) babá/empregada  
 ( ) vizinha ( ) outro. Quem? \_\_\_\_\_  
 Ordem de nascimento do bebê: ( ) primogênito ( ) segundo filho ( ) terceiro filho ( ) quarto/mais filhos

#### ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

As perguntas abaixo são sobre itens da sua casa. Na hora de responder, pense que todos os itens de eletroeletrônicos devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

ITENS DE CONFORTO	NÃO TEM	QUANTIDADE			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					

Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, <i>laptops</i> , <i>notebooks</i> e <i>netbooks</i> e desconsiderando <i>tablets</i> , <i>palm</i> s ou <i>smartphones</i>					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

**A água utilizada na sua casa é proveniente de?**

1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

**Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é?**

1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Quem é o(a) chefe da família?

\_\_\_\_\_

(Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda da sua casa)

Qual é o grau de instrução do chefe da família?

\_\_\_\_\_

	Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
( )	Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
( )	Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
( )	Fundamental completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
( )	Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
( )	Superior completo	Superior Completo

**DADOS DO COMPANHEIRO ATUAL** (perguntar somente se o pai do filho alvo da pesquisa NÃO for o companheiro atual)

Nome marido/companheiro: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos

Local de nascimento: ( ) Porto Alegre ( ) Grande Porto Alegre ( ) Interior, onde? \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Até que série ele estudou?

( ) nenhuma ( ) Ensino Fundamental - \_\_\_\_ série ( ) Ensino Médio - \_\_\_\_ série  
 ( ) Superior ( ) Curso Técnico \_\_\_\_\_ ( ) Pós-Graduação \_\_\_\_\_  
 ( ) Outro \_\_\_\_\_  
 Ainda está estudando? ( ) não ( ) sim, o que? \_\_\_\_\_  
 Tem religião? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_  
 Seu marido/companheiro trabalha? ( ) sim ( ) não ( ) aposentado  
 Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? \_\_\_\_\_ Quantas horas? \_\_\_\_ horas/dia  
 Ele é remunerado? ( ) sim ( ) não Quanto ele ganha? R\$ \_\_\_\_\_ ( ) não sabe  
 (Caso não estiver trabalhando)  
 Qual era o trabalho anterior dele? \_\_\_\_\_  
 O seu marido/companheiro tem outros filhos? ( ) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_  
 Idade com que teve o(a) primeiro(a) filho(a): \_\_\_\_ anos

## DADOS CLÍNICOS

### Dados do Bebê e Parto

Local de nascimento: ( ) hospital. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Domicílio ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 Tipo de parto: ( ) normal. Obs: \_\_\_\_\_ ( ) cesárea. Obs: \_\_\_\_\_  
 Alguma complicação no parto? ( ) não ( ) sim  
 (Se sim) Qual? ( ) pré-eclâmpsia ( ) eclâmpsia ( ) hemorragia  
 ( ) descolamento de placenta ( ) febre/infecção ( ) desproporção céfalo-pélvica ( )  
 anóxia ( ) outra  
 Idade gestacional do bebê ao nascer: \_\_\_\_ semanas Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ kg  
 O bebê necessitou internação após o nascimento? ( ) não ( ) sim. Qual o motivo da  
 internação? \_\_\_\_\_  
 Você necessitou de internação após o parto? ( ) não ( ) sim. Qual o motivo da  
 internação: \_\_\_\_\_

### Dados da Gestaçãõ:

Realizou pré-natal? ( ) não ( ) sim. Quantas consultas? \_\_\_\_\_  
 (Se sim) Onde realizou o pré-natal? ( ) posto de saúde. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) consultório privado  
 ( ) hospital. Qual? \_\_\_\_\_  
 Fez tratamento para engravidar? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 A gravidez foi planejada? ( ) não ( ) sim. (Se sim) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Houve algum problema durante a gestaçãõ? ( ) não ( ) sim  
 (Se sim) Qual?  
 ( ) hipertensão ( ) diabetes gestacional ( ) vômitos frequentes  
 ( ) infecção urinária ( ) anemia severa ( ) ameaça de aborto  
 ( ) placenta prévia ( ) DSTs ( ) HIV/aids  
 ( ) toxoplasmose ( ) rubéola ( ) sangramentos  
 ( ) contrações com risco de parto prematuro ( ) traumatismos (quedas, fraturas,  
 acidente)  
 ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_  
 Tomou alguma medicação durante a gestaçãõ? ( ) não ( ) sim. Qual?/Para quê? \_\_\_\_\_  
 Fez uso de cigarro durante a gestaçãõ? ( ) não ( ) sim. Quantidade/semana: \_\_\_\_\_  
 Fez uso de álcool durante a gestaçãõ? ( ) não ( ) sim. Quantidade/semana: \_\_\_\_\_  
 Fez uso de drogas durante a gestaçãõ? ( ) não ( ) sim. Quais? \_\_\_\_\_ Quantidade/semana: \_\_\_\_\_  
 Observações:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Dados Gestacionais Anteriores:

Número de gestações anteriores: \_\_\_\_\_  
 Aborto? ( ) não ( ) sim (Se sim) Espontâneo ( ) Provocado ( )

Partos anteriores? ( ) sim ( ) não. Quantos? \_\_\_\_\_  
 Bebê natimorto? ( ) sim ( ) não. Quantos? \_\_\_\_\_  
 Morte no primeiro ano de vida do bebê? ( ) não ( ) sim Causa: \_\_\_\_\_  
 Observações:

---



---



---

**Dados do Pós-Parto:**

Costuma consultar o pediatra? ( ) não ( ) sim. Em qual situação? \_\_\_\_\_  
 As vacinas do bebê estão em dia? ( ) não ( ) sim  
 Foi amamentado ao seio? ( ) não ( ) sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses  
 Usou fórmula/leite em pó nos 6 primeiros meses? ( ) não ( ) sim. Em que situações? \_\_\_\_\_  
 Teve cólicas? ( ) não ( ) sim  
 Teve algum problema de saúde até agora? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Necessitou de hospitalização? ( ) não ( ) sim. Por que? \_\_\_\_\_  
 Toma alguma medicação? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Tem alguma doença crônica? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Observações:

---



---



---

**Dados de Saúde da Família:**

Mãe do Bebê

É a mãe biológica? ( ) sim ( ) não  
 Tu tens algum problema de saúde? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Tu tens alguma doença mental ou dos nervos? ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Tu fazes uso de medicação? ( ) não ( ) sim. Qual?/Para quê? \_\_\_\_\_  
 Tu usas algum tipo de substância? ( ) não ( ) tabaco/cigarro ( ) álcool ( ) outras drogas. Quais? \_\_\_\_\_

Pai do Bebê

É o pai biológico? ( ) sim ( ) não  
 Ele tem algum problema de saúde? ( ) não ( ) não sabe ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Ele tem alguma doença mental ou dos nervos? ( ) não ( ) não sabe ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Ele faz uso de medicação? ( ) não ( ) não sabe ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Ele usa algum tipo de substância? ( ) não ( ) tabaco/cigarro ( ) álcool ( ) não sabe ( ) outras drogas.  
 Quais? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ANEXO M – QUESTIONÁRIO SOBRE VIVÊNCIAS DE PERDAS

### QUESTIONÁRIO SOBRE VIVÊNCIAS DE PERDAS (Vescovi, Esswein, & Levandowski, 2017)

#### MÃE

Nome: \_\_\_\_\_ Nº de  
identificação na pesquisa: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos

As questões abaixo são referentes a perdas por morte que você possa ter tido em sua vida nos últimos cinco anos. Por favor, marque a alternativa que melhor representa as suas vivências.

Este questionário é dividido em 2 partes:

Parte 1: Vivências de perdas de familiares e/ou amigos (exceto filhos)

Parte 2: Vivência de perda de filhos

### Parte 1

As questões a seguir são referentes a vivências de perdas de familiares e/ou amigos (exceto filhos).

Você já perdeu alguém que considera importante em sua vida? ( ) Sim ( ) Não

Quantas pessoas importantes consideras que perdeu dessa forma? \_\_\_\_

Você perdeu alguém que cuidou de você? ( ) Sim ( ) Não

Agora, vamos tratar em separado de cada perda de familiares e/ou amigos por motivo de morte que você vivenciou. Caso você não considere que perdeu até 5 pessoas, preencha até o número que reconhece que vivenciou e pule até a Parte 2.

#### Primeira Perda (sem considerar filhos)

Vínculo com a pessoa perdida: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão ( ) Companheiro/Marido ( ) Amigo  
( ) Colega ( ) Outro/qual? \_\_\_\_\_

Que idade você tinha quando isto aconteceu? \_\_\_\_ anos

#### Como você perdeu esta pessoa?

( ) Doenças ( ) Assassinato ( ) Acidente ( ) Suicídio ( ) Overdose ( ) Não foi identificado  
( ) Outro/qual \_\_\_\_\_  
( ) Não sei informar

Você considera que ainda sofre pela perda desta pessoa? ( ) Sim ( ) Não

Você considera que se adaptou a esta perda? ( ) Sim ( ) Não

#### Segunda Perda (sem considerar filhos)

Vínculo com a pessoa perdida: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão ( ) Companheiro/Marido ( ) Amigo

Colega  Outro/qual? \_\_\_\_\_

Que idade você tinha quando isto aconteceu? \_\_\_\_ anos

**Como você perdeu esta pessoa?**

Doenças  Assassinato  Acidente  Suicídio  Overdose  Não foi identificado  
 Outro/qual \_\_\_\_\_  
 Não sei informar

Você considera que ainda sofre pela perda desta pessoa?  Sim  Não

Você considera que se adaptou a esta perda?  Sim  Não

**Terceira Perda (sem considerar filhos)**

Vínculo com a pessoa perdida:  Pai  Mãe  Irmão  Companheiro/Marido  Amigo  
 Colega  Outro/qual? \_\_\_\_\_

Que idade você tinha quando isto aconteceu? \_\_\_\_ anos

**Como você perdeu esta pessoa?**

Doenças  Assassinato  Acidente  Suicídio  Overdose  Não foi identificado  
 Outro/qual \_\_\_\_\_  
 Não sei informar

Você considera que ainda sofre pela perda desta pessoa?  Sim  Não

Você considera que se adaptou a esta perda?  Sim  Não

---

**Quarta Perda (sem considerar filhos)**

Vínculo com a pessoa perdida:  Pai  Mãe  Irmão  Companheiro/Marido  Amigo  
 Colega  Outro/qual? \_\_\_\_\_

Que idade você tinha quando isto aconteceu? \_\_\_\_ anos

**Como você perdeu esta pessoa?**

Doenças  Assassinato  Acidente  Suicídio  Overdose  Não foi identificado  
 Outro/qual \_\_\_\_\_  
 Não sei informar

Você considera que ainda sofre pela perda desta pessoa?  Sim  Não

Você considera que se adaptou a esta perda?  Sim  Não

**Quinta Perda (sem considerar filhos)**

Vínculo com a pessoa perdida:  Pai  Mãe  Irmão  Companheiro/Marido  Amigo

Colega  Outro/qual? \_\_\_\_\_

Que idade você tinha quando isto aconteceu? \_\_\_\_ anos

**Como você perdeu esta pessoa?**

- Doenças  Assassinato  Acidente  Suicídio  Overdose  Não foi identificado  
 Outro/qual \_\_\_\_\_  
 Não sei informar

Você considera que ainda sofre pela perda desta pessoa?  Sim  Não

Você considera que se adaptou a esta perda?  Sim  Não

## Parte 2

**As questões a seguir são referentes à experiência de perdas de filhos por motivos de morte. As perguntas são sobre experiências desse tipo que você tenha tido com até 5 filhos.**

### Primeira perda de filhos

Você já perdeu um filho(a)?  Sim  Não

Há quanto tempo isso aconteceu? \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses.

Que idade ele(a) tinha?

Nasceu morto  \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses

Não era nascido(a)

Neste caso, com quantas semanas você descobriu a gestação? \_\_\_\_

E em que momento da gestação você estava quando ele morreu? \_\_\_\_ semanas ou \_\_\_\_ meses

Você realizou pré-natal?  Sim  Não Quantas consultas aproximadamente? \_\_\_\_\_

### Qual a causa dessa perda?

#### Se antes do parto (gravidez)

- Aborto espontâneo  Aborto Induzido  Doenças/infecção do bebê  Doenças/infecção da mãe  
 Outro/qual \_\_\_\_\_  
 Não foi identificado  
 Não sei informar

#### Se durante ou em decorrência do parto:

- Bebê nasceu morto  Problemas no parto  Doenças/infecção do bebê  Doenças/infecção da mãe  
 Outro/qual \_\_\_\_\_  
 Não foi identificado  
 Não sei informar

#### Após o nascimento:

- Doenças/infecção  Assassinato  Acidente  Suicídio  Overdose  
 Outro/qual \_\_\_\_\_  
 Não foi identificado  
 Não sei informar

No momento em que aconteceu a perda, você:

a) Estava em um relacionamento estável (casamento, namoro, união estável)?

Sim  Não

b) Estava em um trabalho fixo (de carteira assinada)?

Sim  Não

c) Usou licença remunerada do trabalho em função da perda?

Sim  Não

Se sim, de quantos dias? \_\_\_\_\_

### Segunda perda de filhos

Você já perdeu um filho(a)?  Sim  Não

Há quanto tempo isso aconteceu? \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses.

Que idade ele(a) tinha?

Nasceu morto  \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses

Não era nascido(a)

Neste caso, com quantas semanas você descobriu a gestação? \_\_\_\_

E em que momento da gestação você estava quando ele morreu? \_\_\_\_ semanas ou \_\_\_\_ meses

Você realizou pré-natal?  Sim  Não Quantas consultas aproximadamente? \_\_\_\_\_

### Qual a causa dessa perda?

#### Se antes do parto (gravidez)

Aborto espontâneo  Aborto Induzido  Doenças/infecção do bebê  Doenças/infecção da mãe

Outro/qual \_\_\_\_\_

Não foi identificado

Não sei informar

#### Se durante ou em decorrência do parto:

Bebê nasceu morto  Problemas no parto  Doenças/infecção do bebê  Doenças/infecção da mãe

Outro/qual \_\_\_\_\_

Não foi identificado

Não sei informar

#### Após o nascimento:

Doenças/infecção  Assassinato  Acidente  Suicídio  Overdose

Outro/qual \_\_\_\_\_

Não foi identificado

Não sei informar

No momento em que aconteceu a perda, você:

a) Estava em um relacionamento estável (casamento, namoro, união estável)?

Sim  Não

b) Estava em um trabalho fixo (de carteira assinada)?

Sim  Não

c) Usufriuiu de licença remunerada do trabalho em função da perda?

Sim  Não

Se sim, de quantos dias? \_\_\_\_\_

### Terceira perda de filhos

Você já perdeu um filho(a)?  Sim  Não

Há quanto tempo isso aconteceu? \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses.

Que idade ele(a) tinha?

Nasceu morto  \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses

Não era nascido(a)

Neste caso, com quantas semanas você descobriu a gestação? \_\_\_\_

E em que momento da gestação você estava quando ele morreu? \_\_\_\_ semanas ou \_\_\_\_ meses

Você realizou pré-natal?  Sim  Não Quantas consultas aproximadamente? \_\_\_\_\_

### Qual a causa dessa perda?

#### Se antes do parto (gravidez)

Aborto espontâneo  Aborto Induzido  Doenças/infecção do bebê  Doenças/infecção da mãe

Outro/qual \_\_\_\_\_

Não foi identificado

Não sei informar

#### Se durante ou em decorrência do parto:

Bebê nasceu morto  Problemas no parto  Doenças/infecção do bebê  Doenças/infecção da mãe

Outro/qual \_\_\_\_\_

Não foi identificado

Não sei informar

#### Após o nascimento:

Doenças/infecção  Assassinato  Acidente  Suicídio  Overdose

Outro/qual \_\_\_\_\_

Não foi identificado

Não sei informar

No momento em que aconteceu a perda, você:

a) Estava em um relacionamento estável (casamento, namoro, união estável)?

Sim  Não

b) Estava em um trabalho fixo (de carteira assinada)?

Sim  Não

c) Usufriuiu de licença remunerada do trabalho em função da perda?

Sim  Não

Se sim, de quantos dias? \_\_\_\_\_

### Quarta perda de filhos

Você já perdeu um filho(a)? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo isso aconteceu? \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses.

Que idade ele(a) tinha?

( ) Nasceu morto ( ) \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses

( ) Não era nascido(a)

Neste caso, com quantas semanas você descobriu a gestação? \_\_\_\_

E em que momento da gestação você estava quando ele morreu? \_\_\_\_ semanas ou \_\_\_\_ meses

Você realizou pré-natal? ( ) Sim ( ) Não Quantas consultas aproximadamente? \_\_\_\_\_

### Qual a causa dessa perda?

#### Se antes do parto (gravidez)

( ) Aborto espontâneo ( ) Aborto Induzido ( ) Doenças/infecção do bebê ( ) Doenças/infecção da mãe

( ) Outro/qual \_\_\_\_\_

( ) Não foi identificado

( ) Não sei informar

#### Se durante ou em decorrência do parto:

( ) Bebê nasceu morto ( ) Problemas no parto ( ) Doenças/infecção do bebê ( ) Doenças/infecção da mãe

( ) Outro/qual \_\_\_\_\_

( ) Não foi identificado

( ) Não sei informar

#### Após o nascimento:

( ) Doenças/infecção ( ) Assassinato ( ) Acidente ( ) Suicídio ( ) Overdose

( ) Outro/qual \_\_\_\_\_

( ) Não foi identificado

( ) Não sei informar

No momento em que aconteceu a perda, você:

a) Estava em um relacionamento estável (casamento, namoro, união estável)?

( ) Sim ( ) Não

b) Estava em um trabalho fixo (de carteira assinada)?

( ) Sim ( ) Não

c) Usufriui de licença remunerada do trabalho em função da perda?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, de quantos dias? \_\_\_\_\_

### Quinta perda de filhos

Você já perdeu um filho(a)? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo isso aconteceu? \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses.

Que idade ele(a) tinha?

( ) Nasceu morto ( ) \_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ meses

( ) Não era nascido(a)

Neste caso, com quantas semanas você descobriu a gestação? \_\_\_\_

E em que momento da gestação você estava quando ele morreu? \_\_\_\_ semanas ou \_\_\_\_ meses

Você realizou pré-natal? ( ) Sim ( ) Não Quantas consultas aproximadamente? \_\_\_\_\_

**Qual a causa dessa perda?**

**Se antes do parto (gravidez)**

- ( ) Aborto espontâneo ( ) Aborto Induzido ( ) Doenças/infecção do bebê ( ) Doenças/infecção da mãe  
 ( ) Outro/qual \_\_\_\_\_  
 ( ) Não foi identificado  
 ( ) Não sei informar

**Se durante ou em decorrência do parto:**

- ( ) Bebê nasceu morto ( ) Problemas no parto ( ) Doenças/infecção do bebê ( ) Doenças/infecção da mãe  
 ( ) Outro/qual \_\_\_\_\_  
 ( ) Não foi identificado  
 ( ) Não sei informar

**Após o nascimento:**

- ( ) Doenças/infecção ( ) Assassinato ( ) Acidente ( ) Suicídio ( ) Overdose  
 ( ) Outro/qual \_\_\_\_\_  
 ( ) Não foi identificado  
 ( ) Não sei informar

No momento em que aconteceu a perda, você:

a) Estava em um relacionamento estável (casamento, namoro, união estável)?

- ( ) Sim ( ) Não

b) Estava em um trabalho fixo (de carteira assinada)?

- ( ) Sim ( ) Não

c) Usou licença remunerada do trabalho em função da perda?

- ( ) Sim ( ) Não

Se sim, de quantos dias? \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ANEXO N – QUESTIONÁRIO SURVEY MONKEY – APRESENTAÇÃO



### PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MÃE E DO BEBÊ

Oi! :)

Convidamos você a participar da pesquisa **Fatores de Risco para Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Mães Jovens: Foco na Idade, na Saúde Mental e no Luto Materno**, coordenada pela Profª Drª Daniela Centenaro Levandowski, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA.

Se você é mãe de um **bebê**, com idade **entre seis e 24 meses**, gostaríamos de poder contar com a sua participação no nosso estudo. O objetivo é entender como características maternas (como por exemplo, ter vivenciado a perda de um filho, ou não) podem estar associadas ao desenvolvimento do bebê.

Essa colaboração envolve o preenchimento de um formulário online, com duração de até 40 minutos, conforme a sua disponibilidade. Você poderá interromper o preenchimento e retornar para o questionário, a qualquer momento, basta não fechar a aba do preenchimento do formulário.

Os questionários que você irá responder são autoexplicativos, e agradecemos se você puder indicar a nossa pesquisa para outras mães que conheça e que, assim como você, tem um bebê de seis meses a 24 meses de vida.

Agradecemos desde já pela sua contribuição!

*Equipe NEEDS*

## ANEXO O – QUESTIONÁRIO SURVEY MONKEY



### PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MÃE E DO BEBÊ


#### Dados Pessoais e Sociodemográficos

\* 1. Nome completo

\* 2. Data de nascimento

Selecione abaixo:

Data

## **ANEXO P – JOURNAL OF CHILD AND FAMILY STUDIES – REGRAS PARA SUBMISSÃO**

### Instructions for Authors

---

#### General

In general, the journal follows the recommendations of the 2019 Publication Manual of the American Psychological Association (Seventh Edition), and it is suggested that contributors refer to this publication. The research described in the manuscripts should be consistent with generally accepted standards of ethical practice. The anonymity of subjects and participants must be protected and identifying information omitted from the manuscript.

#### Manuscript Submission

The Journal uses Editorial Manager™ as its submission and peer review tracking system. All authors are required to register as a new user with Editorial Manager the first time they login in to the system. Straightforward login, registration procedures and step-by-step instructions for submitting manuscripts can be found on the website. Authors can use the Editorial Manager to track the review of their manuscripts in real time.

All authors should submit their manuscripts online. Manuscript submissions to the Journal should be prepared electronically and submitted in a standard word processing format. Microsoft Word® is preferred. Electronic submission substantially reduces the editorial processing and reviewing times, and shortens overall publication times. Please connect directly to the site: <http://jcfs.edmgr.com> and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

#### Suggested Reviewers

Authors are required to provide the names and contact information for 4 to 6 possible reviewers of their paper. When uploading a paper to the Editorial Manager site, authors must provide complete contact information for each recommended reviewer, along with a specific reason for your suggestion in the comments box for each person. The journal will consider reviewers recommended by the authors only if the reviewers' institutional email is provided. A minimum of two suggested reviewers should be from a university or research institute in the United States. You may not suggest the Editor or Associate Editors of the journal as potential reviewers. Although

there is no guarantee that the editorial office will use your suggested reviewers, your help is appreciated and may speed up the selection of appropriate reviewers.

Authors should note that it is inappropriate to list as preferred reviewers researchers from the same institution as any of the authors, collaborators and co-authors from the past five years as well as anyone whose relationship with one of the authors may present a conflict of interest. The journal will not tolerate this practice and reserves the right to reject submissions on this basis.

<http://jcfs.edmgr.com>

### Publication Policies

The Journal considers manuscripts for publication with the understanding that they represent original material and have not been published, submitted or accepted elsewhere, either in whole or in any substantial part. Each manuscript should report sufficient new data that makes a significant contribution to its field of research; thus, the submission of small amounts of data from a larger study or research project for divided publications would be inappropriate. A statement transferring copyright from the authors (or their employers, if they hold the copyright) to Springer will be required before the manuscript can be accepted for publication. Such a written transfer of copyright, which previously was assumed to be implicit in the act of submitting a manuscript, is necessary under the U.S. Copyright Law in order for the publisher to carry through the dissemination of research results and reviews as widely and effectively as possible.

Authors can expect an initial decision within approximately 8 to 10 weeks. Reviewers' comments, if applicable, are sent with the decision of the assigned editor. Accepted papers are subject to editorial revisions and copyediting. However, the contents of the paper remain the responsibility of the author.

### Double-Blind Peer Review

All submissions are subject to double-blind peer review. In general, experimental/research studies are judged in terms of the following criteria: originality, contribution to the existing research literature, methodological soundness, and readability.

When you are ready to submit a manuscript to JCFS, please be sure to upload these 2 separate files to the Editorial Manager site to ensure timely processing and review of your paper:

- A title page with running head, manuscript title, and complete author information. Followed by the Abstract page with keywords and highlights section.
- The blinded manuscript containing no clues to the authors' identity (no name, no affiliation, and so forth). Please follow APA style for author citations (use the blind "author" citation, to be replaced prior to production with a true citation).

## Manuscript Style

All manuscripts should follow the recommendations of the 2019 Publication Manual of the American Psychological Association (Seventh Edition). Submissions should be formatted to print out double-spaced at standard 8" x 11" paper dimensions, using a 10 pt. font size and a default typeface (recommended fonts are Times, Times New Roman, Calibri and Arial). Set all margins at one inch, and do not justify the right margin. Double-space the entire manuscript, including title page, abstract, list of references, tables, and figure captions. After the title page, number pages consecutively throughout including the reference pages, tables, and figure legends. Manuscripts should be no more than 30 pages in length, including all tables, figures, and references.

The Journal encourages the publication of research that is virtually jargon-free and easy to read. Thus, a personalized manuscript, written in active tense, is preferred. For example, "This study examined . . ." could be stated as, "We examined . . ." The Journal encourages a conversational rather than an impersonal tone in the manuscripts.

## Title Page

A title page is to be provided and should follow APA-style. The title page should include the following elements: (1) the title (maximum of 15 words) (2) brief running head (50 characters or fewer) (3) full names of the authors (without degree). Use the form first name, middle initial, last name (e.g., John D. Doe) separated by a comma and the word "and" before the last author (4) author affiliation addresses. Use a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name. (5) corresponding author information. Include the corresponding author's initials and last name (without degree), affiliation, mailing address, and e-mail address.

## Abstract

The abstract should follow APA-style single paragraph format and should be not more than 250 words. It should be a concise and complete summary of the contents of the manuscript, without reference to the body of the paper. Per APA guidance, abstracts should cover key aspects of the literature review, the problem or research question(s), hypotheses, methods used (including design, measures, sample), results (major findings), and implications. Do not use sub-headings and do not cite references in the abstract.

### Key Words

A list of 5 key words, separated by a comma, is to be provided directly below the abstract. Key words should address essential paper elements (research topic, population, method, and/or application of results/findings), as they are used for indexing purposes.

### Highlights

Highlights are mandatory for this journal. Highlights capture the key, top-line messages of your research, for example novel results or new methods that were used during the study. Highlights should be included directly below the keywords on the same page as the Abstract. Please format highlights as 3 to 5 bullet points (approximately 125 characters, including spaces, per bullet point).

### Text

Text should begin on the second numbered page and follow APA style. Authors are advised to spell out all abbreviations (other than units of measure) the first time they are used. Do not use footnotes to the text. When using direct quotations from another publication, cite the page number for the quotation in the text, immediately after the quotation. When reporting statistically significant results, include the statistical test used, the value of the test statistic, degrees of freedom, and p values. In the discussion include an evaluation of implications (clinical, policy, training or otherwise). Also, discuss limitations in study design or execution that may limit interpretation of the data and generalizability of the findings.

### Footnotes

No footnotes are to be used.

### References Cited Within the Text

Cite references in alphabetical order within the text.

## References

The accuracy of the references is the responsibility of the authors.

List references alphabetically at the end of the paper and refer to them in the text by name and year in parentheses.

The style and punctuation of the references should conform to strict APA style – illustrated by the following examples:

### Journal Article:

Roelofs, J., Meesters, C., & Muris, P. (2008). Correlates of self-reported attachment (in)security in children: The role of parental romantic attachment status and rearing behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 17*, 555-566.

### Book:

McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A CAM model for frail elders and their caregivers*. New York: Springer.

### Book Chapter:

Singh, N.N., Winton, A.S.W., Singh, J., McAleavey, K., Wahler, R.G., & Sabaawi, M. (2006). Mindfulness-based caregiving and support. In J.K. Luiselli (Ed.), *Antecedent assessment and intervention: Supporting children and adults with developmental disabilities in community settings* (pp. 269-290). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

## Tables

Tables follow the Reference section. Tables should be submitted as editable text and not as images and should follow APA style. Tables that are a single column are actually lists and should be included in the text as such. Number tables consecutively using Arabic numerals in order of appearance in the text. Cite each table in the text and note approximately where it should be placed. Type each table on a separate page with the title and legend included.

## Figures

Figures follow the tables. Figures must be submitted in electronic form. Figures and illustrations (photographs, drawings, diagrams, and charts) are to be numbered in one consecutive series of Arabic numerals.

### [Manuscript preparation](#)

#### Page Charges

The Journal makes no page charges. Reprints are available to authors, and order forms with the current price schedule are sent with proofs.

#### Editing Services

##### **English**

How can you help improve your manuscript for publication?

Presenting your work in a well-structured manuscript and in well-written English gives it its best chance for editors and reviewers to understand it and evaluate it fairly. Many researchers find that getting some independent support helps them present their results in the best possible light. The experts at Springer Nature Author Services can help you with manuscript preparation—including **English language editing, developmental comments, manuscript formatting, figure preparation, translation**, and more.

### [Get started and save 15%](#)

You can also use our free [Grammar Check](#) tool for an evaluation of your work.

Please note that using these tools, or any other service, is not a requirement for publication, nor does it imply or guarantee that editors will accept the article, or even select it for peer review.

##### **Chinese (中文)**

您怎么做才有助于改进您的稿件以便顺利发表？

如果在结构精巧的稿件中用精心组织的英语展示您的作品，就能最大限度地让编辑和审稿人理解并公正评估您的作品。许多研究人员发现，获得一些独立支持有助于他们以尽可能美好的方式展示他们的成果。Springer Nature Author Services 的专家可帮助

您准备稿件，具体包括润色英语表述、添加有见地的注释、为稿件排版、设计图表、翻译等。

### [开始使用即可节省 15% 的费用](#)

您还可以使用我们的[免费语法检查工具](#)来评估您的作品。

请注意，使用这些工具或任何其他服务不是发表前必须满足的要求，也不暗示或保证相关文章定会被编辑接受（甚至未必会被选送同行评审）。

### Japanese (日本語)

発表に備えて、論文を改善するにはどうすればよいでしょうか？

内容が適切に組み立てられ、質の高い英語で書かれた論文を投稿すれば、編集者や査読者が論文を理解し、公正に評価するための最善の機会となります。多くの研究者は、個別のサポートを受けることで、研究結果を可能な限り最高の形で発表できると思っています。Springer Nature Author Servicesのエキスパートが、**英文の編集、建設的な提言、論文の書式、図の調整、翻訳**など、論文の作成をサポートいたします。

### [今なら15%割引でご利用いただけます](#)

原稿の評価に、無料の[文法チェック](#)ツールもご利用いただけます。

これらのツールや他のサービスをご利用いただくことは、論文を掲載するための要件ではありません。また、編集者が論文を受理したり、査読に選定したりすることを示唆または保証するものではないことにご注意ください。

### Korean (한국어)

게재를 위해 원고를 개선하려면 어떻게 해야 할까요?

여러분의 작품을 체계적인 원고로 발표하는 것은 편집자와 심사자가 여러분의 연구를 이해하고 공정하게 평가할 수 있는 최선의 기회를 제공합니다. 많은 연구자들은 어느 정도 독립적인 지원을 받는 것이 가능한 한 최선의 방법으로 자신의 결과를 발표하는데 도움이 된다고 합니다. Springer Nature Author Services 전문가들은 **영어 편집,**

발전적인 논평, 원고 서식 지정, 그림 준비, 번역 등과 같은 원고 준비를 도와드릴 수 있습니다.

[지금 시작하면 15% 할인됩니다.](#)

또한 당사의 무료 [문법 검사](#) 도구를 사용하여 여러분의 연구를 평가할 수 있습니다.

이러한 도구 또는 기타 서비스를 사용하는 것은 게재를 위한 필수 요구사항이 아니며, 편집자가 해당 논문을 수락하거나 피어 리뷰에 해당 논문을 선택한다는 것을 암시하거나 보장하지는 않습니다.

### Research Data Policy

This journal operates a [type 1 research data policy](#). The journal encourages authors, where possible and applicable, to deposit data that support the findings of their research in a public repository. Authors and editors who do not have a preferred repository should consult Springer Nature's list of repositories and research data policy.

### [List of Repositories](#)

### [Research Data Policy](#)

General repositories - for all types of research data - such as figshare and Dryad may also be used.

Datasets that are assigned digital object identifiers (DOIs) by a data repository may be cited in the reference list. Data citations should include the minimum information recommended by DataCite: authors, title, publisher (repository name), identifier.

### [DataCite](#)

If the journal that you're submitting to uses double-blind peer review and you are providing reviewers with access to your data (for example via a repository link, supplementary information or data on request), it is strongly suggested that the authorship in the data is also blinded. There are [data repositories that can assist with this](#) and/or will create a link to mask the authorship of your data.

Authors who need help understanding our data sharing policies, help finding a suitable data repository, or help organising and sharing research data can access our [Author Support portal](#) for additional guidance.

### Springer Open Choice

In addition to the normal publication process (whereby an article is submitted to the journal and access to that article is granted to customers who have purchased a subscription), Springer now provides an alternative publishing option: Springer Open Choice. A Springer Open Choice article receives all the benefits of a regular subscription-based article, but in addition is made available publicly through Springer's online platform SpringerLink. To publish via Springer Open Choice, upon acceptance please visit the link below to complete the relevant order form and provide the required payment information. Payment must be received in full before publication or articles will publish as regular subscription-model articles. We regret that Springer Open Choice cannot be ordered for published articles.

[www.springeronline.com/openchoice](http://www.springeronline.com/openchoice)

### Ethical Responsibilities of Authors

This journal is committed to upholding the integrity of the scientific record. As a member of the Committee on Publication Ethics ([COPE](#)) the journal will follow the [COPE](#) guidelines on how to deal with potential acts of misconduct.

Authors should refrain from misrepresenting research results which could damage the trust in the journal, the professionalism of scientific authorship, and ultimately the entire scientific endeavour. Maintaining integrity of the research and its presentation is helped by following the rules of good scientific practice, which include\*:

- The manuscript should not be submitted to more than one journal for simultaneous consideration.
- The submitted work should be original and should not have been published elsewhere in any form or language (partially or in full), unless the new work concerns an expansion of previous work. (Please provide transparency on the re-use of material to avoid the concerns about text-recycling ('self-plagiarism').)
- A single study should not be split up into several parts to increase the quantity of submissions and submitted to various journals or to one journal over time (i.e. 'salami-slicing/publishing').

- Concurrent or secondary publication is sometimes justifiable, provided certain conditions are met. Examples include: translations or a manuscript that is intended for a different group of readers.
- Results should be presented clearly, honestly, and without fabrication, falsification or inappropriate data manipulation (including image based manipulation). Authors should adhere to discipline-specific rules for acquiring, selecting and processing data.
- No data, text, or theories by others are presented as if they were the author's own ('plagiarism'). Proper acknowledgements to other works must be given (this includes material that is closely copied (near verbatim), summarized and/or paraphrased), quotation marks (to indicate words taken from another source) are used for verbatim copying of material, and permissions secured for material that is copyrighted.

**Important note: the journal may use software to screen for plagiarism.**

- Authors should make sure they have permissions for the use of software, questionnaires/(web) surveys and scales in their studies (if appropriate).
- Research articles and non-research articles (e.g. Opinion, Review, and Commentary articles) must cite appropriate and relevant literature in support of the claims made. Excessive and inappropriate self-citation or coordinated efforts among several authors to collectively self-cite is strongly discouraged.
- Authors should avoid untrue statements about an entity (who can be an individual person or a company) or descriptions of their behavior or actions that could potentially be seen as personal attacks or allegations about that person.
- Research that may be misapplied to pose a threat to public health or national security should be clearly identified in the manuscript (e.g. dual use of research). Examples include creation of harmful consequences of biological agents or toxins, disruption of immunity of vaccines, unusual hazards in the use of chemicals, weaponization of research/technology (amongst others).
- Authors are strongly advised to ensure the author group, the Corresponding Author, and the order of authors are all correct at submission. Adding and/or deleting authors during the revision stages is generally not permitted, but in some cases may be warranted. Reasons for changes in authorship should be explained in detail. Please note that changes to authorship cannot be made after acceptance of a manuscript.

\*All of the above are guidelines and authors need to make sure to respect third parties rights such as copyright and/or moral rights.

Upon request authors should be prepared to send relevant documentation or data in order to verify the validity of the results presented. This could be in the form of raw

data, samples, records, etc. Sensitive information in the form of confidential or proprietary data is excluded.

If there is suspicion of misbehavior or alleged fraud the Journal and/or Publisher will carry out an investigation following [COPE](#) guidelines. If, after investigation, there are valid concerns, the author(s) concerned will be contacted under their given e-mail address and given an opportunity to address the issue. Depending on the situation, this may result in the Journal's and/or Publisher's implementation of the following measures, including, but not limited to:

- If the manuscript is still under consideration, it may be rejected and returned to the author.
- If the article has already been published online, depending on the nature and severity of the infraction:
  - an erratum/correction may be placed with the article
  - an expression of concern may be placed with the article
  - or in severe cases retraction of the article may occur.

The reason will be given in the published erratum/correction, expression of concern or retraction note. Please note that retraction means that the article is **maintained on the platform**, watermarked "retracted" and the explanation for the retraction is provided in a note linked to the watermarked article.

- The author's institution may be informed
- A notice of suspected transgression of ethical standards in the peer review system may be included as part of the author's and article's bibliographic record.

### **Fundamental errors**

Authors have an obligation to correct mistakes once they discover a significant error or inaccuracy in their published article. The author(s) is/are requested to contact the journal and explain in what sense the error is impacting the article. A decision on how to correct the literature will depend on the nature of the error. This may be a correction or retraction. The retraction note should provide transparency which parts of the article are impacted by the error.

### **Suggesting / excluding reviewers**

Authors are welcome to suggest suitable reviewers and/or request the exclusion of certain individuals when they submit their manuscripts. When suggesting reviewers,

authors should make sure they are totally independent and not connected to the work in any way. It is strongly recommended to suggest a mix of reviewers from different countries and different institutions. When suggesting reviewers, the Corresponding Author must provide an institutional email address for each suggested reviewer, or, if this is not possible to include other means of verifying the identity such as a link to a personal homepage, a link to the publication record or a researcher or author ID in the submission letter. Please note that the Journal may not use the suggestions, but suggestions are appreciated and may help facilitate the peer review process.

### Authorship principles

These guidelines describe authorship principles and good authorship practices to which prospective authors should adhere to.

### **Authorship clarified**

The Journal and Publisher assume all authors agreed with the content and that all gave explicit consent to submit and that they obtained consent from the responsible authorities at the institute/organization where the work has been carried out, **before** the work is submitted.

The Publisher does not prescribe the kinds of contributions that warrant authorship. It is recommended that authors adhere to the guidelines for authorship that are applicable in their specific research field. In absence of specific guidelines it is recommended to adhere to the following guidelines\*:

All authors whose names appear on the submission

- 1) made substantial contributions to the conception or design of the work; or the acquisition, analysis, or interpretation of data; or the creation of new software used in the work;
- 2) drafted the work or revised it critically for important intellectual content;
- 3) approved the version to be published; and
- 4) agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

\* Based on/adapted from:

[ICMJE, Defining the Role of Authors and Contributors,](#)

[Transparency in authors' contributions and responsibilities to promote integrity in scientific publication, McNutt at all, PNAS February 27, 2018](#)

### **Disclosures and declarations**

All authors are requested to include information regarding sources of funding, financial or non-financial interests, study-specific approval by the appropriate ethics committee for research involving humans and/or animals, informed consent if the research involved human participants, and a statement on welfare of animals if the research involved animals (as appropriate).

The decision whether such information should be included is not only dependent on the scope of the journal, but also the scope of the article. Work submitted for publication may have implications for public health or general welfare and in those cases it is the responsibility of all authors to include the appropriate disclosures and declarations.

### **Data transparency**

All authors are requested to make sure that all data and materials as well as software application or custom code support their published claims and comply with field standards. Please note that journals may have individual policies on (sharing) research data in concordance with disciplinary norms and expectations.

### **Role of the Corresponding Author**

**One author** is assigned as Corresponding Author and acts on behalf of all co-authors and ensures that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately addressed.

The Corresponding Author is responsible for the following requirements:

- ensuring that all listed authors have approved the manuscript before submission, including the names and order of authors;
- managing all communication between the Journal and all co-authors, before and after publication;\*
- providing transparency on re-use of material and mention any unpublished material (for example manuscripts in press) included in the manuscript in a cover letter to the Editor;

- making sure disclosures, declarations and transparency on data statements from all authors are included in the manuscript as appropriate (see above).

\* The requirement of managing all communication between the journal and all co-authors during submission and proofing may be delegated to a Contact or Submitting Author. In this case please make sure the Corresponding Author is clearly indicated in the manuscript.

### **Author contributions**

In absence of specific instructions and in research fields where it is possible to describe discrete efforts, the Publisher recommends authors to include contribution statements in the work that specifies the contribution of every author in order to promote transparency. These contributions should be listed at the separate title page.

### **Examples of such statement(s) are shown below:**

- Free text:

All authors contributed to the study conception and design. Material preparation, data collection and analysis were performed by [full name], [full name] and [full name]. The first draft of the manuscript was written by [full name] and all authors commented on previous versions of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

#### Example: CRediT taxonomy:

- Conceptualization: [full name], ...; Methodology: [full name], ...; Formal analysis and investigation: [full name], ...; Writing - original draft preparation: [full name, ...]; Writing - review and editing: [full name], ...; Funding acquisition: [full name], ...; Resources: [full name], ...; Supervision: [full name],....

For **review articles** where discrete statements are less applicable a statement should be included who had the idea for the article, who performed the literature search and data analysis, and who drafted and/or critically revised the work.

For articles that are based primarily on the **student's dissertation or thesis**, it is recommended that the student is usually listed as principal author:

[A Graduate Student's Guide to Determining Authorship Credit and Authorship Order, APA Science Student Council 2006](#)

## Affiliation

The primary affiliation for each author should be the institution where the majority of their work was done. If an author has subsequently moved, the current address may additionally be stated. Addresses will not be updated or changed after publication of the article.

## Changes to authorship

Authors are strongly advised to ensure the correct author group, the Corresponding Author, and the order of authors at submission. Changes of authorship by adding or deleting authors, and/or changes in Corresponding Author, and/or changes in the sequence of authors are **not** accepted **after acceptance** of a manuscript.

- **Please note that author names will be published exactly as they appear on the accepted submission!**

Please make sure that the names of all authors are present and correctly spelled, and that addresses and affiliations are current.

Adding and/or deleting authors at revision stage are generally not permitted, but in some cases it may be warranted. Reasons for these changes in authorship should be explained. Approval of the change during revision is at the discretion of the Editor-in-Chief. Please note that journals may have individual policies on adding and/or deleting authors during revision stage.

## Author identification

Authors are recommended to use their [ORCID](#) ID when submitting an article for consideration or acquire an [ORCID](#) ID via the submission process.

## Deceased or incapacitated authors

For cases in which a co-author dies or is incapacitated during the writing, submission, or peer-review process, and the co-authors feel it is appropriate to include the author, co-authors should obtain approval from a (legal) representative which could be a direct relative.

## Authorship issues or disputes

In the case of an authorship dispute during peer review or after acceptance and publication, the Journal will not be in a position to investigate or adjudicate. Authors will be asked to resolve the dispute themselves. If they are unable the Journal reserves the right to withdraw a manuscript from the editorial process or in case of a

published paper raise the issue with the authors' institution(s) and abide by its guidelines.

### **Confidentiality**

Authors should treat all communication with the Journal as confidential which includes correspondence with direct representatives from the Journal such as Editors-in-Chief and/or Handling Editors and reviewers' reports unless explicit consent has been received to share information.

### **Compliance with Ethical Standards**

To ensure objectivity and transparency in research and to ensure that accepted principles of ethical and professional conduct have been followed, authors should include information regarding sources of funding, potential conflicts of interest (financial or non-financial), informed consent if the research involved human participants, and a statement on welfare of animals if the research involved animals.

Authors should include the following statements (if applicable) in a separate section entitled "Compliance with Ethical Standards" when submitting a paper:

- Disclosure of potential conflicts of interest
- Research involving Human Participants and/or Animals
- Informed consent

Please note that standards could vary slightly per journal dependent on their peer review policies (i.e. single or double blind peer review) as well as per journal subject discipline. Before submitting your article check the instructions following this section carefully.

The corresponding author should be prepared to collect documentation of compliance with ethical standards and send if requested during peer review or after publication.

The Editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above-mentioned guidelines. The author will be held responsible for false statements or failure to fulfill the above-mentioned guidelines.

### **Competing Interests**

**Authors** are requested to disclose interests that are directly or indirectly related to the work submitted for publication. Interests within the last 3 years of beginning the work (conducting the research and preparing the work for submission) should be reported. Interests outside the 3-year time frame must be disclosed if they could reasonably be perceived as influencing the submitted work. Disclosure of interests provides a complete and transparent process and helps readers form their own judgments of potential bias. This is not meant to imply that a financial relationship with an organization that sponsored the research or compensation received for consultancy work is inappropriate.

**Editorial Board Members and Editors** are required to declare any competing interests and may be excluded from the peer review process if a competing interest exists. In addition, they should exclude themselves from handling manuscripts in cases where there is a competing interest. This may include – but is not limited to – having previously published with one or more of the authors, and sharing the same institution as one or more of the authors. Where an Editor or Editorial Board Member is on the author list they must declare this in the competing interests section on the submitted manuscript. If they are an author or have any other competing interest regarding a specific manuscript, another Editor or member of the Editorial Board will be assigned to assume responsibility for overseeing peer review. These submissions are subject to the exact same review process as any other manuscript. Editorial Board Members are welcome to submit papers to the journal. These submissions are not given any priority over other manuscripts, and Editorial Board Member status has no bearing on editorial consideration.

Interests that should be considered and disclosed but are not limited to the following:

**Funding:** Research grants from funding agencies (please give the research funder and the grant number) and/or research support (including salaries, equipment, supplies, reimbursement for attending symposia, and other expenses) by organizations that may gain or lose financially through publication of this manuscript.

**Employment:** Recent (while engaged in the research project), present or anticipated employment by any organization that may gain or lose financially through publication of this manuscript. This includes multiple affiliations (if applicable).

**Financial interests:** Stocks or shares in companies (including holdings of spouse and/or children) that may gain or lose financially through publication of this manuscript; consultation fees or other forms of remuneration from organizations that may gain or lose financially; patents or patent applications whose value may be affected by publication of this manuscript.

It is difficult to specify a threshold at which a financial interest becomes significant, any such figure is necessarily arbitrary, so one possible practical guideline is the following: "Any undeclared financial interest that could embarrass the author were it to become publicly known after the work was published."

**Non-financial interests:** In addition, authors are requested to disclose interests that go beyond financial interests that could impart bias on the work submitted for publication such as professional interests, personal relationships or personal beliefs (amongst others). Examples include, but are not limited to: position on editorial board, advisory board or board of directors or other type of management relationships; writing and/or consulting for educational purposes; expert witness; mentoring relations; and so forth.

Primary research articles require a disclosure statement. Review articles present an expert synthesis of evidence and may be treated as an authoritative work on a subject. Review articles therefore require a disclosure statement. Other article types such as editorials, book reviews, comments (amongst others) may, dependent on their content, require a disclosure statement. If you are unclear whether your article type requires a disclosure statement, please contact the Editor-in-Chief.

Please note that, in addition to the above requirements, funding information (given that funding is a potential competing interest (as mentioned above)) needs to be disclosed upon submission of the manuscript in the peer review system. This information will automatically be added to the Record of CrossMark, however it is **not added** to the manuscript itself. Under 'summary of requirements' (see below) funding information should be included in the '**Declarations**' section.

### **Summary of requirements**

The above should be summarized in a statement and included on a **title page that is separate from the manuscript** with a section entitled "**Declarations**" when submitting a paper. Having all statements in one place allows for a consistent and unified review of the information by the Editor-in-Chief and/or peer reviewers and may speed up the handling of the paper. Declarations include Funding, Competing interests, Ethics approval, Consent, Data, Materials and/or Code availability and Authors' contribution statements. **Please use the title page for providing the statements.**

Once and if the paper is accepted for publication, the production department will put the respective statements in a distinctly identified section clearly visible for readers.

Please see the various examples of wording below and revise/customize the sample statements according to your own needs.

When all authors have the same (or no) competing interests and/or funding it is sufficient to use one blanket statement.

#### **Examples of statements to be used when funding has been received:**

- Partial financial support was received from [...]
- The research leading to these results received funding from [...] under Grant Agreement No[...].
- This study was funded by [...]
- This work was supported by [...] (Grant numbers [...] and [...])

#### **Examples of statements to be used when there is no funding:**

- The authors did not receive support from any organization for the submitted work.
- No funding was received to assist with the preparation of this manuscript.
- No funding was received for conducting this study.
- No funds, grants, or other support was received.

#### **Examples of statements to be used when there are interests to declare:**

- **Financial interests:** Author A has received research support from Company A. Author B has received a speaker honorarium from Company Wand owns stock in Company X. Author C is consultant to company Y.

**Non-financial interests:** Author C is an unpaid member of committee Z.

- **Financial interests:** The authors declare they have no financial interests.

**Non-financial interests:** Author A is on the board of directors of Y and receives no compensation as member of the board of directors.

- **Financial interests:** Author A received a speaking fee from Y for Z. Author B receives a salary from association X. X where s/he is the Executive Director.

**Non-financial interests:** none.

- **Financial interests:** Author A and B declare they have no financial interests. Author C has received speaker and consultant honoraria from Company M and Company N. Dr. C has received speaker honorarium and research funding from

Company M and Company O. Author D has received travel support from Company O.

**Non-financial interests:** Author D has served on advisory boards for Company M, Company N and Company O.

**Examples of statements to be used when authors have nothing to declare:**

- The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose.
- The authors have no competing interests to declare that are relevant to the content of this article.
- All authors certify that they have no affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial interest or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript.
- The authors have no financial or proprietary interests in any material discussed in this article.

Authors are responsible for correctness of the statements provided in the manuscript. See also Authorship Principles. The Editor-in-Chief reserves the right to reject submissions that do not meet the guidelines described in this section.

## Research involving human participants, their data or biological material

### **Ethics approval**

When reporting a study that involved human participants, their data or biological material, authors should include a statement that confirms that the study was approved (or granted exemption) by the appropriate institutional and/or national research ethics committee (including the name of the ethics committee) and certify that the study was performed in accordance with the ethical standards as laid down in the [1964 Declaration of Helsinki](#) and its later amendments or comparable ethical standards. If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the 1964 Helsinki Declaration or comparable standards, the authors must explain the reasons for their approach, and demonstrate that an independent ethics committee or institutional review board explicitly approved the doubtful aspects of the study. If a study was granted exemption from requiring ethics approval, this should also be detailed in the manuscript (including the reasons for the exemption).

### **Retrospective ethics approval**

If a study has not been granted ethics committee approval prior to commencing, retrospective ethics approval usually cannot be obtained and it may not be possible to consider the manuscript for peer review. The decision on whether to proceed to peer review in such cases is at the Editor's discretion.

### **Ethics approval for retrospective studies**

Although retrospective studies are conducted on already available data or biological material (for which formal consent may not be needed or is difficult to obtain) ethics approval may be required dependent on the law and the national ethical guidelines of a country. Authors should check with their institution to make sure they are complying with the specific requirements of their country.

### **Ethics approval for case studies**

Case reports require ethics approval. Most institutions will have specific policies on this subject. Authors should check with their institution to make sure they are complying with the specific requirements of their institution and seek ethics approval where needed. Authors should be aware to secure informed consent from the individual (or parent or guardian if the participant is a minor or incapable) See also section on **Informed Consent**.

### **Cell lines**

If human cells are used, authors must declare in the manuscript: what cell lines were used by describing the source of the cell line, including when and from where it was obtained, whether the cell line has recently been authenticated and by what method. If cells were bought from a life science company the following need to be given in the manuscript: name of company (that provided the cells), cell type, number of cell line, and batch of cells.

It is recommended that authors check the [NCBI database](#) for misidentification and contamination of human cell lines. This step will alert authors to possible problems with the cell line and may save considerable time and effort.

Further information is available from the [International Cell Line Authentication Committee](#) (ICLAC).

Authors should include a statement that confirms that an institutional or independent ethics committee (including the name of the ethics committee) approved the study and that informed consent was obtained from the donor or next of kin.

### **Research Resource Identifiers (RRID)**

Research Resource Identifiers (RRID) are persistent unique identifiers (effectively similar to a DOI) for research resources. This journal encourages authors to adopt RRIDs when reporting key biological resources (antibodies, cell lines, model organisms and tools) in their manuscripts.

**Examples:****Organism:** *Filip1<sup>tm1a(KOMP)Wtsi</sup>* **RRID:MMRRC\_055641-UCD****Cell Line:** RST307 cell line **RRID:CVCL\_C321****Antibody:** Luciferase antibody DSHB Cat# LUC-3, **RRID:AB\_2722109****Plasmid:** mRuby3 plasmid **RRID:Addgene\_104005****Software:** ImageJ Version 1.2.4 **RRID:SCR\_003070**

RRIDs are provided by the [Resource Identification Portal](#). Many commonly used research resources already have designated RRIDs. The portal also provides authors links so that they can quickly [register a new resource](#) and obtain an RRID.

**Clinical Trial Registration**

The World Health Organization (WHO) definition of a clinical trial is "any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects on health outcomes". The WHO defines health interventions as "A health intervention is an act performed for, with or on behalf of a person or population whose purpose is to assess, improve, maintain, promote or modify health, functioning or health conditions" and a health-related outcome is generally defined as a change in the health of a person or population as a result of an intervention.

To ensure the integrity of the reporting of patient-centered trials, authors must register prospective clinical trials (phase II to IV trials) in suitable publicly available repositories. For example [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) or any of the primary registries that participate in the [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#).

The trial registration number (TRN) and date of registration should be included as the last line of the manuscript abstract.

For clinical trials that have not been registered prospectively, authors are encouraged to register retrospectively to ensure the complete publication of all results. The trial registration number (TRN), date of registration and the words 'retrospectively registered' should be included as the last line of the manuscript abstract.

**Standards of reporting**

Springer Nature advocates complete and transparent reporting of biomedical and biological research and research with biological applications. Authors are recommended to adhere to the minimum reporting guidelines hosted by the [EQUATOR Network](#) when preparing their manuscript.

Exact requirements may vary depending on the journal; please refer to the journal's Instructions for Authors.

Checklists are available for a number of study designs, including:

Randomised trials ([CONSORT](#)) and Study protocols ([SPIRIT](#))

Observational studies ([STROBE](#))

Systematic reviews and meta-analyses ([PRISMA](#)) and protocols ([Prisma-P](#))

Diagnostic/prognostic studies ([STARD](#)) and ([TRIPOD](#))

Case reports ([CARE](#))

Clinical practice guidelines ([AGREE](#)) and ([RIGHT](#))

Qualitative research ([SRQR](#)) and ([COREQ](#))

Animal pre-clinical studies ([ARRIVE](#))

Quality improvement studies ([SQUIRE](#))

Economic evaluations ([CHEERS](#))

### **Summary of requirements**

The above should be summarized in a statement and placed in a 'Declarations' section before the reference list under a heading of 'Ethics approval'.

Examples of statements to be used when ethics approval has been obtained:

- All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or

comparable ethical standards. The study was approved by the Bioethics Committee of the Medical University of A (No. ...).

- This study was performed in line with the principles of the Declaration of Helsinki. Approval was granted by the Ethics Committee of University B (Date.../No. ...).
- Approval was obtained from the ethics committee of University C. The procedures used in this study adhere to the tenets of the Declaration of Helsinki.
- The questionnaire and methodology for this study was approved by the Human Research Ethics committee of the University of D (Ethics approval number: ...).

Examples of statements to be used for a retrospective study:

- Ethical approval was waived by the local Ethics Committee of University A in view of the retrospective nature of the study and all the procedures being performed were part of the routine care.
- This research study was conducted retrospectively from data obtained for clinical purposes. We consulted extensively with the IRB of XYZ who determined that our study did not need ethical approval. An IRB official waiver of ethical approval was granted from the IRB of XYZ.
- This retrospective chart review study involving human participants was in accordance with the ethical standards of the institutional and national research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards. The Human Investigation Committee (IRB) of University B approved this study.

Examples of statements to be used when no ethical approval is required/exemption granted:

- This is an observational study. The XYZ Research Ethics Committee has confirmed that no ethical approval is required.
- The data reproduced from Article X utilized human tissue that was procured via our Biobank AB, which provides de-identified samples. This study was reviewed and deemed exempt by our XYZ Institutional Review Board. The BioBank protocols are in accordance with the ethical standards of our institution and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Authors are responsible for correctness of the statements provided in the manuscript. See also Authorship Principles. The Editor-in-Chief reserves the right to reject submissions that do not meet the guidelines described in this section.

### Informed consent

All individuals have individual rights that are not to be infringed. Individual participants in studies have, for example, the right to decide what happens to the (identifiable) personal data gathered, to what they have said during a study or an interview, as well as to any photograph that was taken. This is especially true concerning images of vulnerable people (e.g. minors, patients, refugees, etc) or the use of images in sensitive contexts. In many instances authors will need to secure written consent before including images.

Identifying details (names, dates of birth, identity numbers, biometrical characteristics (such as facial features, fingerprint, writing style, voice pattern, DNA or other distinguishing characteristic) and other information) of the participants that were studied should not be published in written descriptions, photographs, and genetic profiles unless the information is essential for scholarly purposes and the participant (or parent/guardian if the participant is a minor or incapable or legal representative) gave written informed consent for publication. Complete anonymity is difficult to achieve in some cases. Detailed descriptions of individual participants, whether of their whole bodies or of body sections, may lead to disclosure of their identity. Under certain circumstances consent is not required as long as information is anonymized and the submission does not include images that may identify the person.

Informed consent for publication should be obtained if there is any doubt. For example, masking the eye region in photographs of participants is inadequate protection of anonymity. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic profiles, authors should provide assurance that alterations do not distort meaning.

Exceptions where it is not necessary to obtain consent:

- Images such as x rays, laparoscopic images, ultrasound images, brain scans, pathology slides unless there is a concern about identifying information in which case, authors should ensure that consent is obtained.
- Reuse of images: If images are being reused from prior publications, the Publisher will assume that the prior publication obtained the relevant information regarding consent. Authors should provide the appropriate attribution for republished images.

## **Consent and already available data and/or biologic material**

Regardless of whether material is collected from living or dead patients, they (family or guardian if the deceased has not made a pre-mortem decision) must have given prior written consent. The aspect of confidentiality as well as any wishes from the deceased should be respected.

## **Data protection, confidentiality and privacy**

When biological material is donated for or data is generated as part of a research project authors should ensure, as part of the informed consent procedure, that the participants are made aware what kind of (personal) data will be processed, how it will be used and for what purpose. In case of data acquired via a biobank/biorepository, it is possible they apply a broad consent which allows research participants to consent to a broad range of uses of their data and samples which is regarded by research ethics committees as specific enough to be considered "informed". However, authors should always check the specific biobank/biorepository policies or any other type of data provider policies (in case of non-bio research) to be sure that this is the case.

## **Consent to Participate**

For all research involving human subjects, freely-given, informed consent to participate in the study must be obtained from participants (or their parent or legal guardian in the case of children under 16) and a statement to this effect should appear in the manuscript. In the case of articles describing human transplantation studies, authors must include a statement declaring that no organs/tissues were obtained from prisoners and must also name the institution(s)/clinic(s)/department(s) via which organs/tissues were obtained. For manuscripts reporting studies involving vulnerable groups where there is the potential for coercion or where consent may not have been fully informed, extra care will be taken by the editor and may be referred to the Springer Nature Research Integrity Group.

## **Consent to Publish**

Individuals may consent to participate in a study, but object to having their data published in a journal article. Authors should make sure to also seek consent from individuals to publish their data prior to submitting their paper to a journal. This is in particular applicable to case studies. A consent to publish form can be found

[here. \(Download docx, 36 kB\)](#)

## **Summary of requirements**

The above should be summarized in a statement and placed in a 'Declarations' section before the reference list under a heading of 'Consent to participate' and/or 'Consent to publish'. Other declarations include Funding, Competing interests, Ethics approval, Consent, Data and/or Code availability and Authors' contribution statements.

Please see the various examples of wording below and revise/customize the sample statements according to your own needs.

Sample statements for "**Consent to participate**":

Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Informed consent was obtained from legal guardians.

Written informed consent was obtained from the parents.

Verbal informed consent was obtained prior to the interview.

Sample statements for "**Consent to publish**":

The authors affirm that human research participants provided informed consent for publication of the images in Figure(s) 1a, 1b and 1c.

The participant has consented to the submission of the case report to the journal.

Patients signed informed consent regarding publishing their data and photographs.

Sample statements if identifying information about participants is available in the article:

Additional informed consent was obtained from all individual participants for whom identifying information is included in this article.

Authors are responsible for correctness of the statements provided in the manuscript. See also Authorship Principles. The Editor-in-Chief reserves the right to reject submissions that do not meet the guidelines described in this section.

Images will be removed from publication if authors have not obtained informed consent or the paper may be removed and replaced with a notice explaining the reason for removal.

## Open access publishing

---

To find out more about publishing your work Open Access in *Journal of Child and Family Studies*, including information on fees, funding and licenses, visit our [Open access publishing page](#).

## ANEXO Q – PSICOLOGIA CLÍNICA – REGRAS PARA SUBMISSÃO

### Normas de publicação

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação quadrimestral do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro com trabalhos originais em psicologia. Lançada em 1986, teve duas edições por ano de 2001 a 2015, em seguida a uma modernização do formato mais antigo, com o objetivo de se adequar à política editorial implementada pela CAPES em todo o Brasil. Desde 2016, é publicada três vezes por ano. Além do português, são aceitos artigos submetidos em espanhol ou inglês.

A revista conta com corpo editorial e conselho científico de escopo internacional, relacionados, com a respectiva afiliação institucional, em todos os fascículos. Igualmente seus autores podem ser de qualquer parte do mundo. Seu público-alvo são alunos de graduação e de pós-graduação, bem como pesquisadores e profissionais, de psicologia clínica e áreas afins.

Os artigos publicados são originais inéditos, produzidos a partir de pesquisas originais, não divulgadas em outros periódicos da área. A revista edita estudos teóricos, revisões bibliográficas, resultados de pesquisas empíricas, relatos de experiências profissionais e resenhas de obras publicadas recentemente, além de contar ocasionalmente com uma seção especial que apresenta entrevistas com pesquisadores de renome e traduções de textos clássicos da área clínica. Os manuscritos submetidos para publicação na revista *Psicologia Clínica* devem ser originais, não estar em avaliação por nenhum outro periódico e seguir as normas do *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª edição, 2010).

Os artigos aceitos que forem traduzidos para o inglês pelos autores, com a anuência para sua publicação somente nesta língua, poderão eventualmente ter a sua publicação antecipada, devido à exigência de um mínimo de artigos em inglês por parte das políticas editoriais de revistas científicas.

### **Para submeter um artigo**

1. Os manuscritos originais deverão ser submetidos on-line em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0103-5665&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-5665&lng=pt&nrm=iso)

No artigo não devem constar os nomes dos autores. Uma folha de rosto identificada com os nomes, titulações e afiliações dos autores deve ser anexada como documento suplementar, bem como a carta de encaminhamento descrita abaixo.

2. Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada por todos os autores (anexar como documento suplementar), atestando que o artigo é inédito, que não fere as normas éticas da profissão, cedendo os direitos autorais à revista *Psicologia Clínica*, atestando não haver potencial conflito de interesses sobre o artigo e assumindo plena responsabilidade por seu conteúdo.

3. Todos os autores devem estar cadastrados no sistema e os dados

inseridos devem ser completos (nome, titulação, afiliação institucional, endereço e email. Os e-mails de todos os autores precisam aparecer na plataforma como os remetentes do artigo.

4. É necessário um intervalo de pelo menos 12 meses entre duas submissões de um mesmo autor.

5. Os autores serão comunicados imediatamente do recebimento do manuscrito.

6. Recomenda-se que os autores traduzam o artigo para o inglês, após aceite.

### **Para submeter uma resenha**

1. A resenha, de livro publicado nos últimos dois anos, deve ter de três a cinco laudas (até 10 mil caracteres, com espaços).

2. O título da resenha deve estar em português, inglês e espanhol, seguido do título e de todas as referências do livro resenhado, inclusive a quantidade de páginas.

3. Todos os autores devem estar cadastrados no sistema e os dados inseridos devem ser completos (nome, títulos, afiliação institucional, endereço etc.).

4. Em caso de uso de citações e referências, as normas bibliográficas são as mesmas aplicáveis aos artigos.

### **Procedimento ao receber um manuscrito**

Os manuscritos recebidos são inicialmente apreciados pelo Conselho Editorial. Se estiverem de acordo com as normas e forem considerados como publicáveis pela revista *Psicologia Clínica*, serão encaminhados para consultores ad hoc, escolhidos pelos editores entre pesquisadores de reconhecida competência na área. Os consultores não terão acesso à identificação dos autores, nem os autores à dos consultores.

Após análise cega do manuscrito, os consultores podem ou recomendar sua aceitação para publicação, frequentemente condicionada a modificações que visem a melhorar a clareza ou precisão do texto, ou o rejeitar. Os autores serão notificados das decisões editoriais ao longo do processo, com cópias não identificadas dos pareceres, e serão informados sobre quando o trabalho aceito será publicado, ou de sua rejeição.

O Conselho Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar o processo de submissão ou publicação dos manuscritos.

### **Reformulação do manuscrito e procedimentos para submissão final**

Os autores de manuscritos recomendados para aceitação com modificações deverão informar as reformulações realizadas e destacar os trechos modificados no texto. Caso os autores decidam não realizar quaisquer das modificações sugeridas, devem justificar essa decisão, ficando a critério do Conselho Editorial a decisão final sobre a publicação do artigo. Esta comunicação (sem identificação dos autores) e o manuscrito reformulado serão encaminhados novamente aos pareceristas para análise. Caso as reformulações estejam a

conteúdo, o artigo é aprovado. Caso contrário, o artigo pode ser rejeitado ou novas modificações podem ser solicitadas.

### **Elaboração do manuscrito**

O manuscrito deve ser apresentado em formato Word (doc), em Times New Roman, tamanho 12pt, espaçamento duplo. Deve compreender de 15 a 25 páginas numeradas, com todas as margens de 2,0cm (cerca de 30 a 50 mil caracteres, com espaços). Qualquer situação não contemplada aqui deve seguir o indicado no Publication Manual of the *American Psychological Association* (6ª ed., 2010). As submissões que não estiverem inteiramente de acordo com as normas serão arquivadas e seus autores notificados. Os manuscritos devem respeitar a seguinte ordem, em páginas separadas:

#### **I. Folha de rosto identificada (carregar como documento suplementar)**

1. Título em português, inglês e espanhol (até quinze palavras);
2. Título abreviado para cabeçalho (até cinco palavras);
3. Nome de cada autor, titulação, afiliação institucional (departamento, instituição, cidade, estado, país);
4. Endereço completo de todos os autores para correspondência com o Corpo Editorial, inclusive telefone e e-mail (não serão aceitos dados abreviados ou incompletos);
5. Indicação das fontes de financiamento, quando houver.

#### **II. Folha de rosto sem identificação (página 1)**

1. Título em português, inglês e espanhol;
  2. Título abreviado.
- III. Resumos (página 2)
1. Resumo em português (de 150 a 200 palavras);
  2. Palavras-chave em português (de 3 a 5);
  3. Abstract em inglês (tradução do resumo);
  4. Keywords em inglês (tradução das palavras-chave).
  5. Resúmen em espanhol (tradução do resumo);
  6. Palabras clave em espanhol (tradução das palavras-chave).

#### **IV. Texto (página 3 e seguintes)**

Esta parte do manuscrito deve começar em nova página, numerada como página 3, com o título centrado no topo. Cada página subsequente deve ser numerada. Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os com uma linha em branco. Apenas a primeira letra dos títulos ou subtítulos e dos nomes próprios deve estar em maiúscula. No caso de itens dentro de um mesmo subtítulo, utilize itálico para distingui-los.

Quando o artigo for um relato de pesquisa, o texto deverá apresentar, após as páginas de rosto e resumos, as seções introdução, metodologia, resultados, discussão e referências. Se necessário, outros subtítulos, como conclusões, podem ser acrescentados. Em alguns, pode ser conveniente apresentar resultados e discussão juntos, embora esta abordagem não seja recomendável como regra geral. Utilize o mínimo de notas. Quando realmente indispensáveis, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas após as referências, em página separada intitulada "Notas". Informe no texto a inserção de figuras e tabelas, que deverão ser apresentadas em anexo. Observe as normas de citação, dando crédito aos autores e informando as datas de publicação dos estudos referidos. A citação literal de um texto vem entre aspas duplas e exige a referência ao número da página do trabalho de onde foi copiada. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação na primeira vez em que forem citados em cada parágrafo. Todas as citações secundárias devem informar as referências originais, mas evite utilizar citações secundárias, especialmente quando o original pode ser recuperado com facilidade. Não utilize op. cit., ibid., idem.

## **V. Referências**

Não inicie uma nova página para a seção de referências. Não as numere. Utilize espaço duplo também nesta seção, sem espaço extra entre citações e não utilize recuos. As referências devem ser listadas em ordem alfabética, pelo último nome do autor. Cada uma das referências deve aparecer como um novo parágrafo (sem recuo) e os sobrenomes devem estar em minúsculas (exceto a inicial).

## **VI. Anexos**

Os anexos devem ser apresentados em nova página, após as referências, numerada consecutivamente, em espaço duplo. Use anexos somente se isso for imprescindível para a compreensão do artigo. Os anexos devem ser indicados no texto, identificados com letras maiúsculas. Figuras e tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, e não poderão exceder 11cm x 17,5cm.

## **VII. Citações e referências**

As citações com até 40 palavras devem vir no corpo do texto, entre aspas, sem itálico. As citações com mais de 40 palavras devem vir em novo parágrafo, sem aspas nem itálico, em tamanho 11pt e com 3cm de recuo da margem esquerda.

### 1. Artigo de autoria múltipla:

- a) artigo com dois autores: cite os dois sobrenomes sempre que o artigo for referido, o ano de publicação e a página;
- b) artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira vez que mencioná-lo; daí em diante utilize o sobrenome do primeiro autor seguido de et al., da data e a página;
- c) artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de et al., da data e a página. Na seção de referências, os nomes de todos os autores serão relacionados.

### 2. Obras antigas e reeditadas:

Utilize o formato "Autor (ano de publicação original / data da publicação consultada, nº da página)". Por exemplo: "Freud (1912/1969, p.154)". Caso haja outras citações ou referências a outros textos do mesmo autor e ano, diferencie com letras minúsculas. Por exemplo, "Freud (1939/1969a)" e assim sucessivamente.

### 3. Citação ou referência secundária:

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra obra consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Selye (1936, citado por Lipp, 2001)". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

## VIII. Exemplos de referências

- *Artigo em periódico*: Féres-Carneiro, T. F. (2008). Pesquisa e prática clínica: construindo articulações. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 349-355. (Se a revista for paginada por fascículo, inclua o número do fascículo, entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.)
- *Artigo de revista no prelo*: Indicar no lugar da data que o artigo está no prelo. Não incluir data e número de volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, deve-se indicar que o artigo está no prelo.
- *Livro*: Jablonski, B. (1998). *Até que a vida nos separe: a crise do casamento contemporâneo*. Rio de Janeiro: Agir.
- *Capítulo de livro (coletânea)*: Levy, L. (2009). Terapia de casal e questões contemporâneas. In: I. C. Gomes (org.). *Clínica psicanalítica*

*de casal e família: a interface com os estudos psicossociais* (pp. 25-31). São Paulo: Livraria Santos Editora.

- *Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado:*  
Féres-Carneiro, T. (2003, outubro). Conjugalidade homossexual. *Trabalho apresentado no IX Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana*, Rio de Janeiro, RJ.
  - *Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais:*  
Rudge, A. M. (2000). Pressupostos da "nova" crítica à psicanálise. [Resumo]. In: Sociedade Brasileira de Psicologia (org.). *Psicologia no Brasil: diversidade e desafios, XXX Reunião Anual de Psicologia* (p.27). Brasília: Universidade de Brasília.
  - *Teses ou dissertações não publicadas:*  
Serra, D. C. G. (2008). *Entre a esperança e o limite: um estudo sobre a inclusão de alunos com autismo em classes regulares*. (Tese de Doutorado. Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).
  - *Obra antiga e reeditada:*  
Piaget, J. (1965). *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris: Z. Alcan. (Original publicado em 1932).
- Freud, S. (1995a). Dois princípios do funcionamento mental. In: S. Freud. *Obras completas de S. Freud*, vol. X. Madrid: Biblioteca Nueva. (Original publicado em 1911).
- *Autoria institucional:*  
American Psychological Association (2002). *Publication manual* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.
  - *Comunicação pessoal:*  
São cartas, correio eletrônico e conversas pessoais ou telefônicas. Cite apenas no texto, dando o sobrenome e as iniciais do remetente e a data, e identifique como comunicação pessoal. Não inclua nas referências.
  - *Documentos digitais on-line:*  
Kawasaki, J. L., & Raven, M. R. (1995). Computer-administered surveys inextension. *Journal of Extension*, 33, 252-255. Recuperado em 20 de junho de 1999 de <http://joe.org/joe/index.htm>.

## **Direitos autorais**

Direitos autorais A revista Psicologia Clínica possui os direitos autorais sobre todos os artigos publicados. A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para

qualquer outro fim, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do Editor. Reproduções parciais de artigos (resumos, mais de 500 palavras de texto, tabelas, figuras e ilustrações) deverão também ter permissão por escrito do Editor e dos autores.

### **Submissões**

Os manuscritos devem ser submetidos através do sistema de submissão on-line PEPsic: <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/pc/login>. Para mais informações, envie e-mail para [psirevista@puc-rio.br](mailto:psirevista@puc-rio.br).

## ANEXO R – OMEGA – JOURNAL OF DEATH AND DYING – REGRAS PARA SUBMISSÃO

Manuscript Submission Guidelines:

*OMEGA – Journal of Death and Dying* - Instructions to Authors

### Instructions for Authors

Manuscripts can be submitted in APA style

to <https://mc.manuscriptcentral.com/omega>.

Please refer to the latest Publication Manual of the American Psychological Association. A synopsis of this manual is available from the American Psychological Association. <http://apa.org/>

*Originality* Authors should note that only original articles are accepted for publication. Submission of a manuscript represents certification on the part of the author(s) that neither the article submitted, nor a version of it has been published, or is being considered for publication elsewhere.

*Format* Prepare manuscripts according to the latest Publication Manual of the American Psychological Association. A synopsis of this manual is available from the American Psychological Association. <http://apa.org>

*Manuscripts* Manuscript must be word processed, double-spaced, with wide margins. Paginate consecutively starting with the title page, which should be uploaded as a separate file. The organization of the paper should be indicated by appropriate headings and subheadings. Please be sure to remove all self-identifying information from the manuscript file before submitting. Author information should only be included on the title page.

*Style* Technical terms specific to a particular discipline should be defined. Write for clear comprehension by readers from a broad spectrum of scholarly and professional backgrounds. Avoid acronyms and footnoting, except for acknowledgments.

*Permissions* Authors are responsible for all statements made in their manuscript and for obtaining from copyright owners to reprint or adapt a table or figures, or to reprint a quotation of 500 words or more. Authors should write to original author(s) and publisher to request nonexclusive world rights in all languages to

use the material in the article and in future editions. Provide copies of all permission and credit lines obtained at the time of manuscript submission.

### **Manuscript Submission Guidelines:**

Manuscript must be word processed using Word or Open Office Writer, double-spaced, with wide margins. Paginate consecutively, starting with the title page.

Title Pages should be uploaded as a separate file and include the follow as is applicable:

- Full article title
- Acknowledgements/credits
- Each author's complete name and institutional affiliation(s)
- Grant numbers and/or funding information
- Corresponding author (name, address, phone/fax, e-mail)
- Up to five keywords as it should appear if it were to be published.

Abstracts of 100 to 150 words are required to introduce each article.

Most articles are between 5000-7500 words and while we accept long pieces that mandates additional evaluation because of space limitations.

Manuscripts should be saved in a Word .doc or .docx file type. The organization of the paper should be indicated by appropriate headings and subheadings.

Please be sure to remove all self-identifying information from the manuscript file before submitting.

When possible, all illustrations, figures, and tables are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end. If this is not possible:

Figures should be referenced in text and appear in numerical sequence starting with Figure 1. Line art must be original "drawings" in black ink proportionate to our page size. Indicate top and bottom of figure where confusion may exist. Labeling should be 8 point type. Clearly identify all figures. Large figures should be drawn on separate pages and their placement within the text indicated by inserting:

\*Insert Figure 1 here\*

Tables must be cited in text in numerical sequence starting with Table 1. Each table must have a descriptive title. Any footnotes to tables are indicated by superior lower case letters. Large tables should be typed on separate pages and their approximate placement indicated within text by inserting:

\*Insert Table 1 here\*

**Direct questions to Dr. Kenneth J. Doka**

**E-mail: [KnDok@aol.com](mailto:KnDok@aol.com)**