

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

THAIS ASSIS FLAUZINO

**REPERCUSSÕES SUBJETIVAS DE
PERDAS PERINATAIS EM
GESTAÇÕES POSTERIORES**

Rio de Janeiro, 2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL**



THAIS ASSIS FLAUZINO

**REPERCUSSÕES SUBJETIVAS DE
PERDAS PERINATAIS EM
GESTAÇÕES POSTERIORES**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional em Saúde Perinatal com ênfase em Psicologia

Orientador (a): Me. Paula Zanuto Maués

Coorientador (a): Me. Camila Carpes Chafic Haddad

Araújo

Rio de Janeiro, 2023

CIP - Catalogação na Publicação

F587r Flauzino, Thais Assis
Repercussões subjetivas de perdas perinatais em gestações posteriores / Thais Assis Flauzino. -- Rio de Janeiro, 2023.
41 f.

Orientadora: Paula Zanuto Maués.
Coorientadora: Camila Carpes Chafic Haddad Araújo.

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, 2023.

1. Morte Perinatal. 2. Luto. 3. Gravidez. 4. Maternidade. I. Zanuto Maués, Paula, orient. II. Carpes Chafic Haddad Araújo, Camila, coorient. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

**REPERCUSSÕES SUBJETIVAS DE PERDAS PERINATAIS EM GESTAÇÕES
POSTERIORES**

Thais Assis Flauzino

Orientador(a): Me. Paula Zanuto Maués

**Coorientador(a): Me. Camila Carpes Chafic
Haddad Araujo**

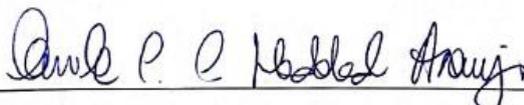
Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional em Saúde Perinatal com ênfase em Psicologia

Data da defesa: 08/03/2023.

Membros da Banca:



Presidente: Orientador (a): Me. Paula Zanuto Maués, Psicóloga na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ



Vice-Presidente: Coorientador (a): Me. Camila Carpes Chafic Haddad Araujo
Psicóloga na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ



Avaliador externo: Me. Priscila Mignot de Melo, Psicóloga no Instituto Nacional de Ortopedia e Traumatologia



Avaliador interno: Me. Marcus Miranda dos Santos Oliveira. Médico na Unidade de Transtornos Endócrinos e Metabólicos da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Eusimar e Marcos, por me ensinarem tanto e por me incentivarem a seguir com coragem para aquilo que almejava.

Às minhas irmãs, Dayana e Amanda, por acreditarem em mim e valorizarem minhas conquistas.

À Ana Júlia, minha maior parceira nesta jornada, por todo o cuidado, carinho e sensibilidade que emana de você. Teu companheirismo e teu apoio nestes dois anos foram essenciais para tudo aquilo que construí depois de termos nos encontrado.

Às minhas amigas Marina, Rebeca, Ana Paula e Fernanda, por terem criado um espaço onde pude colocar em palavras as minhas angústias e medos, ser acolhida e aprender muito com cada uma de vocês.

Às que faziam meus dias mais leves e me deram a certeza de que eu não estava sozinha nessa trajetória: Victoria, Mariana Arêas, Mariana Amorim, Roberta, Caroline, Mayara e Andreza.

À Prof^a Mariana Bonomo, que me ensinou a pesquisar com ética e dedicação, mas principalmente, com amor e respeito.

À minhas orientadoras, Paula e Camila, por me terem me ajudado a pensar e viabilizar um trabalho que fosse importante para mim e para o nosso fazer. Obrigada por terem aceitado a tarefa de me orientar e por terem feito isso de maneira tão cuidadosa e atenta.

À Marcus Miranda e Priscila Mignot, por aceitarem compor a banca e pelas valiosas contribuições para esse trabalho.

À equipe de Psicologia da Maternidade Escola, pela transmissão de um fazer tão belo, difícil e delicado.

À coordenação da Residência Multiprofissional, pelo empenho na nossa formação e por tamanha compreensão.

Aos profissionais da Maternidade Escola, por me fazerem acreditar ainda mais na potência de um trabalho em conjunto dentro do SUS.

Por fim, às mulheres/mães que gentil e corajosamente compartilharam comigo suas histórias e de seus filhos.

Quem poderá fazer aquele amor morrer

Se o amor é como um grão?

Morre e nasce trigo

Vive e morre pão

(Gilberto Gil)

Apresentação

O presente estudo, intitulado “Repercussões subjetivas de perdas perinatais em gestações posteriores”, configura-se como um Trabalho de Conclusão da Residência e é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional em Saúde Perinatal com ênfase em Psicologia.

O interesse pelo tema surgiu a partir do meu trabalho como psicóloga residente nos ambulatórios de pré-natal e no acolhimento multiprofissional da maternidade na qual se deu o estudo. Neste contexto, a escuta de mulheres que perderam seus filhos próximo ao momento do parto e encontravam-se grávidas novamente apresentou-se como uma das principais demandas para o serviço de psicologia. Mais do que o número de mulheres nessa situação, destacaram-se, durante os atendimentos e acolhimentos, a intensidade com que cada uma delas vivenciava esse momento delicado e os diferentes aspectos das perdas que incidiam sobre as novas gestações. As questões surgidas a partir da escuta dessas mulheres me colocaram na direção de um trabalho que buscasse se debruçar sobre as possíveis repercussões de perdas perinatais em gestações seguintes.

Espera-se, com o presente estudo, contribuir para discussões acerca do impacto de uma perda perinatal em gestações posteriores, além de colaborar com a assistência à saúde pré-natal de gestantes que passaram por perdas e suas famílias.

Resumo

Os óbitos fetais e neonatais têm grande impacto nas vidas das famílias que vivenciam essas perdas, rompendo com as expectativas e sonhos depositados na criança que estava por vir. O presente estudo tem como objetivo compreender como as perdas neonatais e fetais impactam a vivência das gestações seguintes. Esta pesquisa se configura como um estudo clínico-qualitativo. Para a coleta de dados utilizou-se de entrevistas semidirigidas. Participaram do estudo 5 gestantes com histórico de perdas neonatais e fetais inseridas no pré-natal de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. As entrevistas foram transcritas e foram realizadas leituras flutuantes do material, que posteriormente foi dividido em dois eixos de análise: 1) “É uma coisa que eu vou lembrar para sempre”: a experiência da perda e do luto perinatal. 2) “Um medo que é fora do normal”: a experiência de gestar após uma perda perinatal. Identificou-se que o medo de uma nova perda, a preocupação com a saúde do bebê e uma dificuldade inicial de vincular-se a esse bebê emergiram como fatores que marcaram essa nova gestação. Sublinha-se a importância de que gestantes que vivenciaram perdas perinatais recebam um olhar diferenciado das equipes de assistência à saúde pré-natal.

Palavras-chave: Morte Perinatal; Luto; Gravidez; Maternidade.

Sumário

1.Introdução.....	10
2.Considerações Metodológicas.....	14
3. Resultados e discussão.....	16
3.1.“É uma coisa que eu vou lembrar para sempre”: a experiência da perda e do luto perinatal.....	16
3.2 “Um medo que é fora do normal”: a experiência de gestar após uma perda perinatal.....	22
4. Considerações Finais.....	28
5.Referências.....	29
Anexo I.....	34
Anexo II.....	37
Anexo III.....	38

1. Introdução

O presente estudo tem como objetivo geral compreender como as perdas neonatais e fetais impactam a vivência das gestações seguintes. No contexto brasileiro, observa-se que não há um consenso sobre a definição exata de óbito fetal, mas considera-se, na prática médica, que a morte fetal ocorre a partir das 20-22 semanas, para diferenciá-la da definição de aborto (Brasil, 2012). Já os óbitos neonatais são definidos como aqueles ocorridos entre 0 e 27 dias de vida do recém-nascido (Brasil, 2009).

No Brasil, no ano de 2020 foi observada uma taxa de mortalidade fetal de 10,5 óbitos fetais para cada mil nascimentos, e a taxa de mortalidade neonatal do mesmo ano foi de 8,2 óbitos para cada mil nascidos vivos (Brasil, 2020). Destaca-se que no ano de 2020, com o início da pandemia de Covid-19 e a necessidade de isolamento social, as gestantes foram consideradas grupo de risco para a doença e o acompanhamento pré-natal passou por diversas adaptações (Reis, Prazeres, Ferreira, Santos & Nunes, 2020). Tendo em vista as medidas de isolamento e a maior dificuldade no acesso de serviços de saúde, verificou-se que a pandemia de Covid-19 também configurou-se como um momento de acentuação das incertezas e inseguranças em relação ao processo de gestar um filho (Lima et al 2021; Rossetto, Souza, Fonsêca, Kerkhoff & Moura, 2021)

Destaca-se que antes e durante o período da pandemia de Covid-19, as taxas de mortalidade fetal e neonatal mantiveram-se expressivas, o que evidencia a necessidade de um cuidado em saúde, cabendo pontuar que a gravidade de cada situação e as marcas deixadas por cada uma dessas perdas na vida das famílias exige dos profissionais de saúde e das instituições um manejo delicado e complexo.

A morte e o luto configuram-se como fenômenos complexos estudados por diversos autores. Em “Considerações atuais sobre a guerra e a morte”, Freud (1915/2010) alerta sobre a tendência humana de deixar a morte de lado, eliminando-a da vida, e observa que, na ocorrência desta, somos fortemente atingidos e temos nossas expectativas abaladas. Em “Luto e Melancolia” (1917/2006), Freud acrescenta que a experiência de uma perda significativa vai, assim, convocar cada sujeito à realização de um árduo trabalho de luto. Para uma mãe, a perda de um filho pode significar uma ruptura biográfica em suas histórias (Lerner & Faria, 2019). Em se tratando da morte precoce de um filho, é notório que, além de romper com a ordem natural esperada na vida, ela também interrompe as expectativas e os sonhos depositados comumente na criança que estava por vir (Muza et al. 2013).

A escolha do recorte do tempo de vida no qual a perda ocorreu, abrangendo óbitos fetais e neonatais, se deu a partir da compreensão de que o tempo cronológico da gestação é um fator crucial na construção do laço entre a família e o bebê (Aguiar, 2016). Nesse sentido, é importante ressaltar também que o *status* de filho pode ser atribuído somente a partir da subjetividade materna, não sendo um lugar dado de antemão em uma gestação, mas que, de forma geral, constitui-se ao longo de um processo (Iaconelli, 2007).

Os últimos meses de gestação marcam um tempo de elaboração importante no qual o bebê “toma corpo” na cabeça da mãe, que aprende a conhecê-lo ao mesmo tempo em que começa a ser reconhecida como uma mãe pela sociedade (Mathelin, 1999). No segundo semestre de gestação destacam-se as mudanças de diversas ordens, incluindo alterações físicas e comportamentais, que variam de mulher para mulher. A forma de vestir-se (como uma gestante ou ainda não), de se alimentar (fartamente “por dois”, ou menos do que o habitual), sua postura (evidenciando ou não a barriga) são comportamentos significativos em relação ao lugar da gestação em sua vida. O conjunto dessas mudanças de comportamento, pode ser entendido como uma forma de fazer, ou não, um lugar para a criança que está por vir (Szejer e Stewart, 1997).

Nesse período os primeiros movimentos fetais também começam a ser percebidos, podendo vir a se instaurar uma nova relação com o bebê, na qual ele consegue manifestar-se de forma autônoma. Além disso, nesse momento, através de exames de imagem, mais palavras relacionadas ao corpo e ao comportamento do bebê vão sendo ditas, incluindo a revelação de seu sexo. Essa descoberta faz com que o bebê possa existir de outra forma, ganhando, muitas vezes, novos elementos identitários e a possibilidade de nomeação. (Szejer e Stewart, 1997).

A partir desse processo, nota-se que a morte de um filho intraútero, próximo ao tempo previsto de sua chegada ou em seus primeiros dias de vida, comumente ocorre como um evento disruptivo na vida desses pais. A notícia da morte chega enquanto o processo de elaboração do lugar desse filho na família está se dando. Iaconelli (2007) destaca que o luto perinatal traz em si um aspecto incomum relacionado à especificidade da vinculação da mãe com o bebê durante a gestação. É na antecipação da chegada de um filho, que algo no psiquismo materno se constitui para recebê-lo. Portanto, uma morte perinatal acontece quando ainda estão sendo traçadas as primeiras formas de relação entre mãe e filho, e este luto se faz sobre uma promessa, uma

promessa de filho e de maternidade. Este filho que morre é um filho ainda virtual (Aguiar, 2016)

Dada a natureza dessa relação singular entre pais e filhos durante a gestação, há uma dificuldade do entorno, isto é, familiares, amigos e da própria sociedade, de apreender o que foi perdido por eles. Com isso, o desejo dos pais de realizarem procedimentos ritualísticos de despedida, comuns às demais perdas por morte, nem sempre é escutado e acolhido (Iaconelli, 2007). Soubieux (2014) destaca que junto às memórias escassas da existência desse bebê, há uma tentativa de apagamento dessa perda por parte da sociedade, transformando-a em um não evento. Nessa conjuntura, a morte de um bebê dificilmente tem o status de morte de filho, e os pais não se sentem reconhecidos nesse lugar. O reconhecimento social da dor do sujeito enlutado é considerado como parte constituinte desse processo, e a ausência do acolhimento desses pais e mães pode fazer com que se sintam sozinhos e envoltos por sentimentos de tristeza e incompreensão (Soubieux, 2014)

O luto, ainda que não se constitua em um processo patológico, envolve grandes afastamentos do que se considera como atitude normal para com a vida. O trabalho realizado nesse processo inclui a retirada da libido das ligações com o objeto perdido de forma gradual e com grande dispêndio de tempo e energia, “prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido” (Freud, 1917 [1915], p. 143). Esse trabalho se dá no confronto entre as lembranças e expectativas que incluem o objeto perdido, e o teste de realidade, que revela que o objeto não existe mais.

Soubieux (2014) situa ainda que nas situações de perda perinatal, as poucas memórias, modeladas apenas a partir de sensações corporais, sonhos e exames de imagem, não permitem um processo de luto tal qual o descrito por Freud, que necessita da rememoração de lembranças e esperanças. O luto precisa da representação mental do objeto perdido, o que é complexo em se tratando de representações feto-bebê tão variáveis, incertas e pouco concretas.

Ainda nesse sentido, Duarte e Turato (2009, p.487) apontam que “a construção de vínculos afetivos fortes e de recordações de convivência mútua fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente”. Os autores também trazem que a ausência da criança é sentida de forma profunda, como se fosse retirada uma parte do próprio corpo. Complementarmente, Soubieux (2014) denomina o luto perinatal como um luto físico, ocorrido no corpo da mulher, e no qual as mudanças corporais da gravidez deixam marcas inapagáveis da existência do bebê em seu útero.

Diante das especificidades desse luto, diversos autores trazem a importância do reconhecimento do sofrimento das famílias enlutadas, além da viabilização de um espaço de escuta que oportunize a elaboração desse luto, permitindo uma reconstrução psíquica (Muza et al. 2013; Soubieux, 2014; Faria-Schützer et. al, 2014; Aguiar & Zornig 2016).

Tendo em vista a complexidade e o potencial disruptivo de uma perda fetal e neonatal, a vivência de uma gestação posterior à perda também é algo que pode ser fortemente impactado. Meaney e colaboradores (2016), em uma pesquisa sobre as preocupações dos pais em relação à uma futura gestação após um óbito fetal, constataram que os pais imediatamente após a perda refletem sobre a possibilidade de uma nova gravidez, mas, muitas das vezes, esta reflexão é atravessada pelo medo de uma nova perda. Os participantes da pesquisa trouxeram suas expectativas relacionadas à gestação futura, incluindo um nível de cuidado mais intenso durante o pré-natal.

Conforme Rodrigues (2009), mulheres que passaram por perdas gestacionais têm uma história obstétrica marcada por sofrimento, dor e ansiedade, e em gestações seguintes, continuam sofrendo pelas perdas anteriores enquanto, concomitantemente, tentam desenvolver uma ligação com o feto. Silva e Tachibana (2022), em sua pesquisa com mães que tiveram uma criança “arco-íris”¹ após uma perda neonatal ou gestacional, apontam que as participantes oscilavam entre posturas de superproteção e de afastamento, estando ainda abaladas por sentimentos quanto ao bebê perdido.

Frente às especificidades que se observam no processo de gestar após uma perda – experiência na qual as repercussões do pesar pelo bebê perdido se colocam ao mesmo tempo em que se constrói um lugar para o bebê a caminho – o presente artigo pretende descrever quais as possíveis implicações da perda gestacional na gestação posterior e refletir sobre o cuidado em saúde nesses casos. Parte-se, para isso, da escuta de mulheres que passaram por uma perda perinatal e se encontram grávidas, além de estarem inseridas em um serviço de atenção à saúde materno infantil. O trabalho inclui como objetivos específicos analisar elementos dos processos de luto materno diante das perdas fetais e neonatais que antecederam a gestação atual, identificar os principais aspectos relacionados à perda anterior que incidem na gestação atual e apreender as

¹ De acordo com Silva e Tachibana (2022) a expressão “bebê arco-íris”, de autoria desconhecida, é amplamente utilizada para referir-se a um bebê que nasce após os pais terem vivenciado um perda gestacional/neonatal.

particularidades do vínculo entre essa mãe e o bebê que está sendo gestado após a vivência da perda.

2. Considerações Metodológicas

O presente estudo configura-se como uma pesquisa de metodologia clínico-qualitativa, abordagem definida por Turato (2003) como uma particularização e refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas aplicados nos settings de cuidados em saúde. Essa metodologia foi construída a partir de três atitudes: existencialista, clínica e psicanalítica, que propiciam uma postura de acolhida através da escuta frente a angústias e ansiedades humanas, ao mesmo tempo que valoriza aspectos psicodinâmicos e emocionais mobilizados na relação com os sujeitos em estudo (Turato,2000). Esses referenciais atravessam toda a construção do trabalho, desde a elaboração dos instrumentos auxiliares e o modo de condução no setting das entrevistas até a discussão dos dados, conforme será explicitado a seguir.

Como preconizado por Turato (2003), essa pesquisa ocorreu em um ambiente considerado natural, isto é, um espaço físico-estrutural de prestação de serviços de saúde, no qual os sujeitos estão envolvidos em seus processos clínicos, terapêuticos e/ou preventivos. O cenário da pesquisa foi uma instituição hospitalar universitária especializada no ensino e na atenção à saúde perinatal. Trata-se de uma maternidade pública considerada de alto risco fetal e médio risco materno, localizada no município do Rio de Janeiro. A instituição recebe em seu ambulatório de pré-natal gestantes com comorbidades como por exemplo, diabetes mellitus e hipertensão, gestações múltiplas, gestantes com suspeita de malformação ou síndromes genéticas fetais, mas também são assistidas gestantes com histórico de perdas e de partos prematuros. A coleta de dados se deu especificamente na chegada dessas gestantes encaminhadas para pré-natal na unidade, momento chamado de “acolhimento do pré-natal”, que conta com a presença de profissionais de enfermagem, nutrição, assistência social e psicologia.

Foram convidadas a participar do estudo gestantes maiores de 18 anos que passaram por pelo menos uma perda fetal e/ou neonatal e foram inseridas no pré-natal da maternidade em questão durante o período de coleta. Estabeleceu-se como critério de exclusão mulheres que receberam o diagnóstico de malformação fetal durante a gestação atual. Essa exclusão se deu pela hipótese, baseada na prática clínica, de que gestações marcadas por diagnóstico de malformação fetal frequentemente são marcadas por intenso sofrimento psíquico, sendo atravessadas por outras especificidades.

Participaram do estudo 5 mulheres que tinham de 20 a 30 anos, e as idades gestacionais no momento da entrevista variaram de 6 a 23 semanas. Duas delas tiveram natimortos (com idade gestacional de 21 e 34 semanas), e três delas tiveram neomortos, que viveram por até 5 dias em UTI neonatal. A maior parte dos óbitos tiveram relação com diagnóstico materno de pré-eclâmpsia na gestação ou complicações da prematuridade, e apenas uma das perdas estava relacionada à malformação fetal. Quatro das entrevistadas perderam seus primogênitos e uma perdeu seu terceiro filho. Duas delas tiveram outro filho entre a perda e o momento da entrevista. O tempo de intervalo entre a ocorrência das perdas e a gestação atual variou de 1 a 7 anos. Quatro das entrevistadas estavam em relacionamentos estáveis com seus parceiros no momento que a entrevista foi realizada e uma delas estava solteira. Todas as participantes estavam grávidas do mesmo genitor com quem tiveram seus filhos que vieram a falecer.

Foram realizadas entrevistas semidirigidas após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O roteiro da entrevista foi construído especificamente para este estudo e continha questões relacionadas à perda anterior de um filho, ao luto consequente dessa perda e à gestação atual. As entrevistas foram realizadas no ambulatório da unidade e conduzidas pela pesquisadora, gravadas e transcritas integralmente. Posteriormente, foram realizadas leituras flutuantes do material transcrito, que em seguida foi dividido em tópicos de discussão que buscavam responder aos objetivos do trabalho. Os tópicos foram estabelecidos de acordo com a repetição e relevância das temáticas e passaram por uma validação externa (Turato, 2003), na qual a pesquisadora, em posse dos achados, discutiu-os em reuniões regulares de orientação, revisando os pontos considerados convergentes e os adversos. As entrevistas, análise do conteúdo e estabelecimento dos tópicos se deu tendo como principal base o referencial psicanalítico.

O presente estudo levou em consideração a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466 de 12 de dezembro de 2012, que trata das normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que foi cenário do estudo, sendo aprovado através do parecer nº 5.524.735. Além disso, foi considerada também a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº510 de 07 de abril de 2016, que trata das normas aplicáveis a pesquisas da área de Ciências Humanas e Sociais que envolvam dados obtidos diretamente com seres humanos e informações identificáveis, que possam acarretar maiores prejuízos para os participantes. Como forma de preservar o sigilo das

participantes, foram utilizados nomes fictícios durante a apresentação e discussão dos dados.

3. Resultados e Discussão

A partir da compreensão da gestação como um momento complexo e ímpar na vida de uma mulher, entende-se que os sentimentos presentes nesse período podem ser diversos, e por vezes antagônicos. Cada gestante vive esse processo com mais ou menos facilidade, com plenitude ou angústia (Szejer & Stewart, 1997). Dentre diversos fatores que podem atravessar as experiências de uma mulher grávida e incidir na formulação de um lugar para o seu bebê, atentamo-nos aqui às repercussões de uma perda perinatal anterior na vivência de uma nova gestação.

Pôde-se observar nas falas das participantes que seus processos de luto e a gravidez subsequente emergem como fenômenos profundamente intrincados. Optou-se, contudo, para organizar a discussão, por separar o material transcrito em duas categorias que remetem a momentos distintos das histórias das mulheres entrevistadas.

3.1 Eixo 1: “É uma coisa que eu vou lembrar para sempre”: a experiência da perda e do luto perinatal

O primeiro eixo compreende as significações relacionadas ao momento da perda de um filho e aos processos do luto acarretados por essa perda. A descoberta de uma perda perinatal, ou de algum elemento que anuncie essa possibilidade, como um parto prematuro ou a confirmação de uma malformação incompatível com a vida, podem representar um momento disruptivo para a mulher e sua família. Freud (1926) aponta que o caráter doloroso de perda do objeto condiz com o grau de investimento psíquico empregado nele. Dessa forma, esse processo de luto é tanto mais intenso quanto mais quanto mais esse filho e sua chegada ao mundo já puderam ser investidos psiquicamente pelos pais. As descobertas narradas pelas participantes se deram em exames de ultrassonografia obstétrica, na sala de parto ou na unidade de terapia intensiva neonatal, e elas abordaram com detalhes tanto a forma como a notícia foi dada, como suas reações, revelando as marcas deixadas por esse momento.

Sobre o manejo dos profissionais em situações de perdas perinatais, Soubieux (2014) destaca que a equipe de saúde deve atentar-se ao grau de objetivação do feto, isto é, ao que ele representa para este casal e para esta mulher. Isso implica em não pressupor um lugar, mas de ser capaz de ler a posição que ele ocupa no discurso familiar

e guiar-se de acordo com o que foi escutado e tateado. Diante da notícia da morte de um bebê e da despedida dele, nem sempre o que convém para o entorno coincide com o que é desejável para os pais, o que exige uma escuta sensível por parte da equipe (Iaconelli, 2007). No relato de Andressa sobre a atenção recebida após o rompimento de sua bolsa com 20 semanas de gravidez, ela narra o impacto da fala de uma profissional sobre o ocorrido:

Então eu pensei assim, pelo menos me acolher eles vão, ou vão tentar alguma coisa, porque eu não tinha muita noção. E ouvir da médica tratando como se fosse um lixo, falando “vai ficar aqui, e quando passar alguém aqui vai lá e joga no lixo, joga fora”. Aquilo ali me chocou muito. (Andressa)

Andressa e outras interlocutoras puderam sinalizar que a ausência da proposição de um cuidado voltado para a filha e de um manejo respeitoso para com ela aparecem como um fator de sofrimento a mais, em um contexto por si só já doloroso.

Em relação a suas reações diante da notícia da perda, as entrevistadas destacaram a incredulidade e o choro, descritos também por vários autores que se debruçaram sobre o estudo das perdas perinatais (Bonani, Campos & Cordeiro, 2021; Faria-Schützer et al. 2014). Além disso, a não compreensão da razão do acontecimento, a raiva, a sensação de fracasso e a impotência, também foram elementos dos processos de luto narrados pelas participantes. Emanuele, ao situar como se deu a descoberta da gravidez de uma familiar, dias após sua perda, fala sobre o impacto da notícia para ela:

E aquilo para mim bateu, mas não era inveja, mas era uma coisa de impotência, eu falava assim “Porque acontece comigo? Por que eu tô passando por isso? Todo mundo consegue, eu não”. E aquilo ficou na minha cabeça. (Emanuele)

Nos casos de bebês que morreram intraútero ou logo após o nascimento, e que as mães continuaram internadas após a notícia, a permanência delas no ambiente de uma maternidade também foi trazida pelas participantes como um ponto delicado.

Ficar ali naquela Maternidade, você escutava o choro de criança, escutava um monte de coisa, eu surtava. (Emanuele)

Eu ficava mal porque eu lembro que eu estava no hospital e aí, já estava com a criança sem batimento, já estava em óbito, e assim, eu via as outras mães chegando para parir e eu escutava o choro do recém-nascido e ficava “ah, não vai ser o meu ainda”, sabe? (Bianca)

Há uma radicalidade nesse encontro das mulheres que estão vivenciando uma perda com elementos que dizem respeito à chegada de um outro bebê, vivo, e que não as pertence. O contraste entre vida e morte, já tão presente no contexto das perdas perinatais, se acentua nessas conjunturas. Lemos e Cunha (2015) situam que habitar a enfermaria junto às puérperas com seus bebês evidencia a dimensão da falta, o não ganhar. Se outrora imaginavam-se passar pela maternidade ouvindo o choro de seus filhos ao vir ao mundo, conhecer seus comportamentos e interagir com seus bebês, a realidade se configurou de outra forma. Essa ruptura, em si, já traz sofrimento. E quando atravessada por algo que simboliza o nascimento e a vida, como o choro de um outro recém-nascido que não o seu, isso pode tornar esse momento ainda mais insuportável.

A coexistência dessas duas realidades - bebês que nascem e bebês que morrem - pode ser considerada um grande desafio na assistência à saúde materno-infantil. A Portaria do Ministério da Saúde N° 2068, de 21 de outubro de 2016, atribui ao serviço de saúde a gestão eficiente de leitos de forma que mulheres em situações de perda gestacional não fiquem alocadas no mesmo quarto ou enfermaria com puérperas e recém-nascidos. Nesse sentido, a permanência de mulheres que sofreram uma perda gestacional ou perinatal em ambiente diferente das que estão com seus recém-nascidos, apresenta-se como uma das estratégias possíveis para a humanização da assistência em saúde perinatal. A circunscrição de um espaço para essas mães não bloqueia completamente a passagem desses signos materno-infantis, dado que ela se encontra em uma maternidade, mas preserva respeitosamente um espaço propiciador da vivência do luto, além de facilitar a oferta da assistência da equipe da equipe multiprofissional nas particularidades que um óbito perinatal envolve.

Outro ponto abordado pelas gestantes foi a diferença entre a forma como elas sentiram a perda e como elas perceberam que o companheiro viveu este processo. Em relação à especificidade do processo de gestação e perda, para os homens, Quintans (2018) ressalta que, para muitos deles, durante a gravidez a ideia do bebê é pouco concreta, e a transição para a paternidade se dá a partir do parto, quando podem, enfim, ver, tocar, e sentir o(a) filho(a). Em casos de perdas gestacionais/neonatais, esse encontro é atravessado pela finitude, e o rompimento desse laço pode trazer confusões emocionais aos pais enlutados. Além disso, a autora também aponta que o investimento afetivo dos homens, seus desejos e sonhos relacionados ao bebê que estavam esperando

são muitas vezes desconsiderados, e essa regra social acaba sendo internalizada por eles, que não se permitem expressar seus sentimentos.

Para as mulheres, a gestação já se constitui como um momento de intensas mudanças de diferentes ordens, que podem impulsionar a construção antecipada do lugar desse bebê. A entrevistada Andressa, ao falar sobre essa diferença, traz em seu discurso a especificidade desse processo de vinculação mãe-bebê durante uma gestação:

Ele não sentia, ele não acompanhou lá, meu corpo mudando, minha barriga crescendo. E ele trabalhava, então ele não podia estar em todas as consultas, ultras. Então para mim foi muito eu e ela, né, por mais que ele tenha acompanhado, e graças a Deus ele sempre foi muito companheiro. Mas foi diferente, porque ele perdeu um filho, mas não foi uma coisa que veio dele, de dentro dele.
(Andressa)

Sobre o processo de gestação para a mulher, Iaconelli (2012) pontua que na gravidez, objeto e sujeito encontram-se indiscriminados, e conforme o bebê vai podendo ser visto como um outro separado da mãe, o investimento narcísico vai se atenuando para dar lugar ao objetal. Ainda neste sentido, autores como Turato e Duarte (2009) e Soubieux (2014) destacam a dimensão corpórea do luto materno, que pode ser sentido como a perda de uma parte do corpo. No trecho a seguir da composição “Pedaço de mim”, de Chico Buarque (1978), que tem como eu lírico uma mãe que perde um filho, é possível observar essa analogia: “Oh, pedaço de mim/Oh, metade amputada de mim/Leva o que há de ti/Que a saudade dói latejada/É assim como uma fisgada/No membro que já perdi”.

Outro aspecto ressaltado por alguns autores (Cordeiro et al. 2021) e notado durante as entrevistas foi que os sentimentos de vazio e incompletude causados a partir da falta do filho perdido terminam por desembocar, para algumas mulheres, no desejo imediatista de, com outro filho, tamponar essa falta, como é possível observar na fala de uma das participantes.

Já estava ficando difícil, eu me culpava, eu comecei a botar na cabeça “eu tenho que ter outro, porque vai suprir aquela dor”.
(Andressa)

A culpa também esteve presente na narrativa de outras entrevistadas. Esse sentimento geralmente encontra-se acompanhado de uma necessidade psicológica de compreender as razões da perda fetal (Duarte e Turato, 2009). Na fala de outras participantes, esse sentimento aparece como uma reação possível à perda, mas também

como algo que pode se modificar com o passar do tempo, como podemos observar nas falas de uma das entrevistadas:

Com um ano, assim, eu não conseguia entender não, me culpava bastante disso, mas depois... o processo foi ruim. (...)
(...). Tive essa perda, e eu não culpo ninguém, eu não tenho que culpar ninguém, não tenho o que falar, que achar um culpado, ou me culpar, eu fiz tudo certo, fiz o pré-natal, fiz os exames, infelizmente, foi uma fatalidade, poderia acontecer comigo ou não, poderia acontecer nessa. Então, hoje em dia eu consigo falar.
(Emanuele)

Emanuele traz aqui os deslocamentos da culpa durante seu processo de elaboração do luto. É possível identificar que em um primeiro momento a culpa aparece de uma forma mais inflamada. Mas ao referir-se ao presente, Emanuele situa que a culpa não incide da mesma forma. Essa mudança evidencia que um processo de luto, narrado por ela como ruim, ocorreu, e que depois de revisitar o acontecimento da perda pôde nomeá-lo como fatalidade e conseguir falar sobre o mesmo.

Sobre o processo de luto, Nasio (2005) pontua que a dor, em si, não tem nenhum valor ou significado, mas que para acalmá-la, precisamos tomá-la como a expressão de outra coisa, descolá-la do real, transformando-a em símbolo. Essa travessia não encerra o movimento de debruçar-se sobre o ocorrido e as diversas questões colocadas por ele, mas há uma mudança na intensidade e frequência com que isso é realizado, visto que, como apontado por Freud (1917), o luto se configura como um processo gradual de desinvestimento da energia psíquica que fora investida em um objeto que não existe mais.

Andressa, que perdeu a filha há 7 anos, traz alguns elementos que ressaltam como as questões relacionadas à perda da filha permanecem em seu imaginário:

Até hoje eu ainda fico “será que se eu tivesse feito diferente, não tivesse ido para ali, hoje ela não poderia estar aí, mesmo com todos os problemas que ela poderia ter”. Porque foi o que eu falei na época lá, a médica falou “se ela vingar vai ser uma criança muito especial, porque ela não vai andar, não vai falar, não vai enxergar, ela vai praticamente vegetar”, mas foi o que eu falei para a médica da neonatal, mesmo que fosse assim eu preferia que ela tivesse aqui, porque ninguém quer enterrar um filho. (Andressa)

As questões acerca de como seria o filho, caso sobrevivesse, também atravessaram, mas de forma distinta, Bianca, que teve uma primeira gestação que foi indesejada e na qual recebeu o diagnóstico de malformação fetal.

Eu falei: "eu tenho uma criança que não vai conseguir viver em sociedade, vai ser uma criança 100% dependente de mim, e depois que eu morrer? E se chegar a viver? (...)
(...). Não, eu não tinha uma criança, eu tinha um ser em desenvolvimento que eu não sabia se ia ser realmente, como ia ser.
(Bianca)

Os recortes citados demonstram a representação incerta que Bianca tinha do filho e do que ele poderia vir a ser. Cunha e colaboradores (2016) apontam que a notícia de uma malformação congênita pode suscitar um rápido desinvestimento na gestação. O fato de Bianca não saber se o bebê sobreviveria, bem como o fato de ser uma gestação não planejada e de não contar com suporte familiar, apareceram como elementos que dificultaram o estabelecimento de um vínculo com o bebê. Outros fatores relacionados à ausência de dados sobre o bebê intraútero, como por exemplo, não saber o sexo deste e nem conseguir sentir seus movimentos, também entravaram o processo de construção de um lugar para esse filho em seu futuro. Mesmo diante dessa imprecisão, Bianca o nomeia como seu filho, e fala sobre a dor de lembrar da perda: “Me dói lembrar. Tipo ‘ah, eu precisei enterrar um filho, sabe?’.”

A experiência da perda de um filho se apresentou como algo que marcou a vida das entrevistadas. Passa a ser uma vida permeada pelas lembranças do filho e da perda, como pode ser observado nos trechos a seguir:

Aí eu boto a certidão dela de nascimento, a certidão de óbito dentro da ultra e boto lá no cantinho. Porque pegar, estar sempre vendo, me faz mal, mas ao mesmo tempo não quero me desfazer porque é a única coisa que eu tenho dela.(Andressa)

Foi perguntado se eu queria ver, mas eu não quis, até alguém tirou uma foto depois, lá no enterro, mas eu não quis, prefiro lembrar dele na minha barriga, mexendo, eu conversando com ele do que ter aquela imagem da criança. (Emanuele)

As memórias não têm só o teor da dor, mas falam também sobre o desejo de preservação de elementos da existência de seus filhos. Nos trechos acima podemos observar os limites de cada uma em relação ao que querem acessar e o quanto querem e podem acessar desses filhos nos diferentes momentos desse processo de luto. Aguiar (2016) pontua que com a entrada no processo de luto, as memórias do objeto perdido não deixarão de existir no psiquismo materno, mas, com o passar do tempo, não ocuparão o mesmo lugar que ocupavam.

Um último ponto que vale destacar é o fato de que as gestantes também trazem elementos que dizem respeito à coexistência entre o luto e a continuidade de suas vidas e as demandas do cotidiano.

Hoje eu entendo que não tem como, é uma coisa que eu vou ter que aprender a viver pro resto da vida. (Andressa)

Minha cabeça às vezes fica atribulada, eu lembro mesmo, as vezes eu choro mesmo, mas por fora eu vejo que tô ali, tô ali pro meu filho, tô ali pra minha casa, pro meu esposo, tô ali pro que der e vier. (Emanuele)

Soubieux (2014) destaca que os pais que perderam seus filhos precisarão inventar algo de si para construir uma forma habitável de vida, com uma parte de si enlutada e outra voltada para a vida. A mesma autora pontua que a elaboração do ocorrido pode permitir uma reconstrução psíquica surpreendente.

3.2. Eixo 2: “Um medo que é fora do normal”: a experiência de gestar após uma perda perinatal.

Esse eixo trata da vivência da gestação após a perda e, nos casos das mulheres que tiveram mais de duas gestações, das experiências de maternar seus filhos que nasceram depois desta perda. É importante destacar que os processos de luto e de construção da relação com os filhos são vividos de modo singular por cada mulher, de acordo com a sua própria história.

Como já citado, após uma perda perinatal é comum que uma nova gestação seja cogitada. Por vezes com urgência, por vezes de forma cautelosa. Shulz e Mériot (2014) apontam que, frequentemente, a ambivalência mais ou menos consciente se apresenta de forma intensa neste desejo de gestar. Esta ambivalência presente durante a decisão da concepção atravessa também a vivência da gravidez e a relação com o bebê.

A gestação após uma perda perinatal é um momento de grande complexidade e de sentimentos intensos onde a vida e a morte se chocam (Meredith et. al, 2017; Schutz & Mériot, 2014). De forma paradoxal, a nova gravidez, ao mesmo tempo que pode renovar a esperança, também desperta profundo sentimento de insegurança, conforme uma das entrevistadas relata:

Para mim foi muito feliz ao mesmo tempo que tive um pouco de medo, a minha preocupação maior é que me falaram, como eu tive pré-eclâmpsia grave, pode ser que eu tenha de novo, mesmo me precavendo, tomando medicação e tudo mais. Então assim... no início foi mais com medo mesmo, mas depois foi mais feliz, mas eu ainda tenho esse medo. (Carla)

Em seu relato, podemos perceber a coexistência da felicidade com o sentimento do medo. Essa ambivalência também foi evidenciada no estudo de Fontes (2016), que envolve a participação de mulheres que vivenciaram perdas gestacionais, e aponta que, diante de uma nova gestação, o sentimento de esperança convive com o medo e a insegurança.

Sobre os efeitos apaziguadores que uma nova gestação pode vir a apresentar, o estudo de Rodrigues (2009) destaca que, com sua confirmação, atenuam-se os sentimentos relacionados à incapacidade de engravidar novamente. Ainda nessa direção, Soubieux (2008) destaca que a gestação traz esperança e luta contra a imobilidade psíquica e Squires (2004) ressalta a sensação de completude que pode advir mediante uma nova gravidez, o que pode, inicialmente, aplacar o sofrimento relacionado à perda.

Em contraste com a felicidade e a esperança, o medo, a insegurança e a angústia estavam presentes nas falas de todas as participantes. Cabe ressaltar que a angústia, para Freud (1926), se apresenta como uma reação ao perigo da perda do objeto. Dessa forma, em uma nova gestação, o encontro com alguns elementos que se relacionam com a experiência prévia da morte do filho pode anunciar-se como a possibilidade de uma nova perda e assim, evocar a angústia. Nos relatos a seguir é possível observar essa relação entre a angústia na gestação atual e a experiência da perda. Andressa, que passou por um parto prematuro e teve dificuldades em acessar um serviço de saúde em tempo oportuno, relata:

Aí veio essa gravidez, e tá sendo muito complicado porque eu fico “gente, será? Eu tô sentindo umas dores aqui, será que vai acontecer? Será que dá tempo? E se for longe? e for no meio do caminho?” Assim, tá cheio de dúvidas. (Andressa)

Bianca, que durante um exame de ultrassonografia teve a notícia de que o filho apresentava malformações, fala sobre o impacto que esse acontecimento trouxe para sua vida com os exames realizados na gestação atual:

Por isso que eu tive muito medo dessa segunda gestação, de ter qualquer erro no exame. Tanto que eu venho muito aflita para fazer as morfológicas ou qualquer exame, porque eu fico pesquisando na internet “ah, tá quase fora do percentil”, eu falo “ah, será? Não vai dar nada de errado, eu não estou fazendo nada de errado”. (Bianca)

Emanuele, que também vivenciou um parto prematuro e não teve as causas do início do trabalho de parto esclarecidas, aponta que por isso, em sua segunda gestação, passou a tentar prevenir qualquer possível causa de uma nova perda.

O que prevaleceu na gestação do João foi o medo, que um medo que é fora do normal, se eu andava já ficava com medo, se eu levantava para ir no banheiro eu já ficava com medo, até das comidas. Já ouvi falar que a canela aborta, e de jeito nenhum eu comia [...] não sei o que foi, então podia ser alguma coisa que eu comi, passa mil coisas na cabeça, mil coisas, aí eu ficava com aquele receio, com aquele medo. (Emanuele)

As preocupações e angústias presentes em gestações depois de perdas perinatais, além de extenuantes para as gestantes, exigem um olhar diferenciado das equipes de assistência à saúde pré-natal. Theut e colaboradores (1992) pontuam ser importante que os médicos perguntem aos pais sobre a perda anterior e quais preocupações eles têm em relação à gestação atual que são atravessadas por essa experiência. Isso viabiliza um meio de os pais expressarem preocupações com a saúde ou o desenvolvimento do filho. Shulz e Meriot (2014) assinalam que atualmente muitas vezes as equipes não tocam nesse assunto por medo de despertar afetos dolorosos e de grande violência. Marcam, no entanto, que tocando ou não nesta questão, esses afetos estão presentes e é com eles que se fará o trabalho psíquico da gravidez.

Além das emoções intensificadas e da hipervigilância, gestações após perdas são, como falado anteriormente, marcadas muitas vezes por determinados gatilhos que suscitam ainda mais angústia. Alguns autores destacam, como principais disparadores de tensão, a percepção da movimentação fetal diminuída ou alterada e a proximidade da idade gestacional em que ocorreu a perda (Meredith et. al, 2016; Shulz & Meriot, 2014). No relato de uma das entrevistadas é possível identificar como a idade gestacional da perda de seu primeiro filho se configurou como um marco para ela e é possível perceber o impacto disso em sua segunda gravidez.

E a dele, assim, até chegar à 20/26 semanas, eu ficava deitada em casa e não saía de jeito nenhum, porque eu ficava com aquilo “vai acontecer comigo de novo, vai acontecer comigo de novo”. Então fiquei isolada o máximo que eu podia, eu falava com o médico assim, “eu tô chocando meu filho” [...] Então até as 26 semanas eu não quis saber de sexo do bebê, de nada. Falei assim: não, se tiver que ficar aqui, vai vir e vai vir com saúde, vai vir tudo bem. (Emanuele)

O trecho trazido aponta a idade gestacional do falecimento do filho não só como um ponto de angústia, mas também como um marco para um investimento no filho subsequente, para além de sua saúde. Essa angústia, relacionada à possibilidade de uma nova perda, marca o curso da gravidez e pode vir até mesmo a paralisar capacidades de

representação e antecipação dos pais (Squires, 2017). Foi somente ultrapassando um certo marco, o crivo da idade gestacional, que Emanuele pôde apropriar-se de elementos que suscitassem a construção de um lugar para o filho que estava gestando, como o sexo do bebê, por exemplo, que como Sjezer e Stewart (1997) apontam, faz com que o bebê exista de uma outra forma. Em consonância com a experiência narrada por Emanuelle, Shulz e Meriot (2014) destacam que a capacidade de fantasiar sobre o bebê e seu futuro - marcadamente reduzida no início da gestação - pode ser retomada após a passagem de certas datas ou com o início dos movimentos fetais.

Como verificado nos relatos, o medo de uma nova perda e a ansiedade levam a uma ambivalência frente à gestação, que oscila entre a preocupação extrema com a saúde fetal e a tentativa de não se envolver e investir na gravidez (Rodrigues, 2008). Portanto, compreende-se que a vivência de uma perda perinatal após um investimento massivo na vinda de um bebê que não sobrevive, além de seu potencial disruptivo, instaura na psique materna a possibilidade iminente de que o bebê que está sendo gestado também não resista. Dessa forma, em uma gestação após uma perda, existe o bebê morto no real e, na fantasia, o bebê que pode morrer. Durante um período, a mãe, em uma dupla tarefa, ao mesmo tempo que tenta fazer o máximo para que não perca um segundo filho, também se protege de encantar-se por ele em uma tentativa de evitar a já conhecida dor inexorável da perda, caso ela venha a acontecer novamente. O relato a seguir demonstra a coexistência da preocupação extrema com a saúde do bebê e da evitação de estabelecer um laço com o novo bebê:

A insegurança foi a pior mudança que eu tive [...] eu tinha muito medo de chegar na fase do crescer a barriga, na fase de mexer, tanto que na maioria das ultras até hoje eu olho, mas procuro não ficar com aquilo de “não, vou olhar, vou olhar”. Eu olho, viro e vou olhando pra quem tá fazendo a ultra. Acho que é um modo de defesa para não me apegar. Eu sei que não tem como, mas essa ansiedade, essa preocupação acabou me deixando um pouco mais fria com relação a isso, não consigo mais viver com tanta ansiedade [...] mas ficar ali igual eu ficava nas outras eu já não consigo mais, acho que por medo de “ah, se acontecer eu vou ficar pensando, eu vou ficar com aquilo na cabeça”. (Andressa)

Diante das múltiplas repercussões que uma perda perinatal pode trazer à vivência da gestação posterior, Squires (2004) marca a importância de um trabalho psíquico de diferenciação das duas gestações para que o filho que está para nascer não viva sob a sombra do filho morto. A autora relata que este trabalho é realizado pela mãe a partir de suas capacidades de figuração psíquica em torno da morte do filho anterior: o

contexto da gravidez anterior, da sua interrupção, as sensações que estiveram presentes, os projetos que foram feitos e as fantasias sobre o feto morto. A partir da evocação dos significados do que foi, para essa mãe, o processo de gestar e perder o filho, e das percepções acerca da gestação que vivencia no momento, é que esse trabalho de diferenciação vai poder ser iniciado. Essa dimensão foi evocada por algumas entrevistadas, como Carla, que pôde falar sobre as particularidades de suas duas gestações. Marcou, assim, as diferenças entre as movimentações fetais em cada caso e também os sintomas físicos apresentados por ela:

Eu sinto que é uma gestação totalmente nova, eu sinto que tem algumas mudanças assim, estou com sintomas diferentes que eu não sentia [...] tô passando por tudo, tudo que você puder imaginar, enjojo, ânsia, tudo. Está diferente nesse sentido. (Carla)

Outro ponto que se revela significativo para o processo de elaboração vivenciado em cada gravidez e que foi amplamente abordado nas entrevistas é o da nomeação dos filhos. Três entrevistadas apontaram que o nome que escolheram ou cogitaram para o filho que estavam esperando resguardava algum tipo de relação com o nome do filho perdido, por uma inicial, pelo significado, ou até mesmo pela preferência de um nome que já havia sido pensado para o filho anterior. Emanuelle relata que a família propôs que ela desse o mesmo nome do filho que perdeu ao filho que espera no momento, ideia com a qual ela não concordou, por localizar o lugar/nome de cada um em sua história.

O pessoal ficou falando tanto do Matheus, Matheus, “ai esse nome é lindo” é claro que é lindo, eu escolhi pro meu filho (...) O pessoal da família fica “bota Matheus em homenagem”, e eu falei “não vou gente, porque eu registrei, tem um registro com o nome Matheus, e eu não vou”. Foi meu filho, ele é meu filho, ele não deixa de ser meu filho, ele sempre será, e tem pessoas que eu não sei o que tem na cabeça que acham que não. As pessoas perguntam “quantas gestações”, são três, eram duas, o Matheus e o João, sempre será meu filho, e a data dele tá lá marcada. (Emanuele)

Para a psicanálise nomear o sujeito é uma maneira de dar-lhe um lugar simbólico na existência. No trecho acima é possível observar como o nome próprio assegura a existência e a identidade do filho perdido. Ao recusar-se a reproduzir o nome de um filho morto, Emanuele preserva o lugar de Matheus como seu filho, tão filho quanto João. Só é possível que haja essa equiparação, essa irmandade, quando os lugares dos filhos se encontram circunscritos, e não sobrepostos.

É interessante observar o que Sjezer e Stewart (1997) pontuam ao afirmarem que, em uma família, cada um ocupa um lugar preciso em relação aos outros. Este lugar é determinado pelo banho de linguagem constituído pelas palavras dos pais, dentro das quais cada um nasce e a partir delas, poderá ou não ocupar esse lugar. Os autores citam que vários pais, em uma tentativa de poupar os filhos, ocultam informações que lhe concernem mais ou menos diretamente. Essa ocultação, porém, é falha, e esse não-dito inevitavelmente é transmitido para a criança. É necessário, portanto, que os eventos que dizem respeito à criança sejam formulados, colocados em palavra, para que possam encontrar um lugar em sua história.

Uma das entrevistadas marca que escolheu o nome para a filha que espera por conta da relação com o significado do nome de sua primeira filha, que faleceu. A gestante fala sobre o seu desejo de poder conversar com a filha no futuro sobre essa escolha e esse gesto faz com que ela possa percorrer um caminho do filho outrora perdido ao filho que nasceu e viveu.

Esse movimento de trazer palavras sobre o filho morto na narrativa familiar pode ser mais custoso quando essa morte ainda é sentida de forma extremamente dolorosa. Dessa forma, é importante que essa mulher possa ter um acompanhamento psicológico caso assim deseje. Nesse espaço, ela pode vir a colocar em palavras os movimentos psíquicos que a habitam e, aos poucos, se permitir investir no bebê que virá, ou na criança que nasceu (Schulz & Meriot, 2014).

A coexistência entre luto e gestação de um novo bebê traz, portanto, muitas complexidades. O luto diz respeito a um processo de desinvestimento psíquico que, como aponta Freud (1917) requer um trabalho lento e gradual por parte do enlutado. Já o processo de gestar, para resultar em um filho, exige, por sua vez, um investimento psíquico robusto junto à capacidade de fantasiar sobre o futuro. Dessa forma, a junção de movimentos psíquicos tão intensos e distintos faz emergir o que Soubieux denomina de “uma crise dentro de uma crise” (Soubieux, 2014, p. 24).

Essa questão deve ser observada pelos profissionais que atendem as gestantes com histórico de perdas nos serviços de saúde. É o que ressaltam Silva e Tachibana (2022) em estudo que situa que mesmo após uma gravidez bem-sucedida, mulheres com histórico de perdas gestacionais e neonatais ainda demandam atenção por parte dos profissionais da área de saúde. Esse cuidado dispensado é importante tanto para a mulher como para a própria criança, no que virá a ser sua constituição psíquica.

Andressa, que teve o parto de seu filho mais novo na mesma data de nascimento da filha que perdera, fala sobre as dificuldades trazidas por esta justaposição das datas:

Ele nasceu e eu fiquei olhando e fiquei cara, como que eu vou agir daqui para frente? Porque eu não vou poder ficar triste por causa dele, ele vai crescer e não vai entender: “poxa, todo aniversário meu minha mãe fica triste”. Então eu consigo disfarçar, mas pelo menos na parte da manhã é o momento que eu quero ficar eu e eu quieta no meu canto, para poder assimilar as coisas. (...) Eu sei que é uma data ruim para mim, mas tá aqui, eu tenho que comemorar a vida do outro que tá aqui, tenho que tá bem e mostrar para ele que é um dia bom o aniversário dele. (Andressa)

Em sua fala, Andressa traz o desejo de que seu sofrimento pela perda da filha não seja sentido pelo filho como algo associado a ele, e tenta circunscrever um momento para voltar-se para ela e para a dor que sente em relação à partida da filha, para depois estar ao lado dele comemorando. Nesse relato vida e morte coexistem, e essa coexistência traz dificuldades e requer um certo grau de inventividade.

É necessário que os pais que perderam os filhos não tenham que gastar toda a sua energia psíquica tentando preservar as memórias do filho que morreu, mas, ainda assim, é importante que seja reconhecido que isso aconteceu (Soubieux, 2014). Somente através do reconhecimento de que o objeto de amor não existe mais é que o trabalho do luto pode se dar, e atravessando esse processo, que o ego pode, outra vez, se ver livre e desinibido, e assim, conseguir investir em algo além do objeto perdido (Freud, 1917). Sendo assim, na escuta de situações de perdas fetais e neonatais, é preciso que seja dado um lugar para a morte, reconhecendo-a. Abrir um espaço para a dor evocada por esta pode vir a abrir também um lugar para a vida.

4. Considerações finais

Visando compreender como as perdas neonatais e fetais impactam na vivência das gestações seguintes, o estudo deparou-se com dois fenômenos complexos e multifacetados: o luto e a gestação. O luto perinatal, amplamente debatido na área da psicologia, tem suas particularidades detalhadas por diversos autores, que destacam a dificuldade de um desinvestimento em um objeto cujas memórias são escassas, construídas essencialmente durante a gestação.

O processo de gestar se configura como momento singular de elaboração que propicia a construção de um lugar para o bebê que pode, ou não, vir a se tornar um filho. Nesse contexto, o encontro dessas mulheres que vivenciaram uma perda com uma

nova gestação se mostrou de grande sofrimento, uma vez que a outra gravidez foi o espaço central da construção da relação com o bebê perdido. Entretanto, a nova gestação também pôde ser experienciada como um momento de renovação da esperança.

Dentre os pontos que atravessam uma gestação após uma perda perinatal, destaca-se a ambivalência, que perpassa desde a decisão - consciente ou não - de engravidar novamente, até os impasses no investimento nesse bebê. O medo de uma nova perda, a preocupação com a saúde do bebê e o reforço nos cuidados com a gravidez marcam esse momento, assim como a dificuldade de vincular-se a esse bebê.

Ao ter como amostra mulheres que estavam no início do pré-natal de alto risco, a pesquisa teve por especificidade a participação de mulheres que estavam no primeiro e segundo trimestres da gestação. Considera-se de grande valia novos estudos sobre este tema que tenham como foco mulheres no terceiro trimestre de gestação, uma vez que, com a aproximação do parto e da chegada do bebê, outras questões podem emergir. Também se destaca a importância de estudos que incluam os impactos de uma gestação após uma perda perinatal para os pais desses bebês, especialmente quando inseridos em um serviço de saúde para acompanhar o pré-natal junto à mãe de seu filho.

Com este estudo, verificou-se que uma mulher com um histórico de perda perinatal, ao adentrar os serviços de saúde com uma nova gestação, necessita ser recebida com olhares e escutas atentas e sensíveis por parte dos profissionais. É preciso compreender de que forma esse acontecimento atravessou a vida de cada uma e como essa perda ressoa na gravidez que ela está vivenciando atualmente. Além da assistência multiprofissional, a oferta de acompanhamento psicológico a esses casos pode também ser de grande importância, uma vez que ele propicia um espaço de fala e elaboração desses processos psíquicos tão complexos.

5. Referências

Aguiar, H. C. (2016). Quando a partida antecede a chegada: singularidades do óbito fetal. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ) Recuperado de:
<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=29368@>

Aguiar, H. C., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: A interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-281. <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/131009>

Bonani, I. R., Cordeiro, S. N., & de Campos, K. S. (2021). Mães de Anjos: A experiência de mulheres que tiveram um filho natimorto. *Psicologia Argumento*, 39(107), 1245–1278. doi: <https://doi.org/10.7213/psicolargum39.107.AO12>

Brasil - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível
Brasil - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre nascidos vivos. Sistema de Informações sobre nascidos vivos. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 29 de julho de 2022.

Brasil, Ministério da Saúde (2016). Portaria do Ministério da Saúde N° 2068, de 21 de outubro de 2016.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html#:~:text=Institui%20diretrizes%20para%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o,rec%C3%A9m%20nascido%20no%20Alojamento%20Conjunto.&text=Considerando%20a%20necessidade%20de%20organiza%C3%A7%C3%A3o,Art.

Brasil. (2012). *Gestação de alto risco: Manual Técnico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de www.saude.gov.br/saudemulher.

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

Faria-Schützer, Débora Bicudo, Neto, Gabriel Lovorato, Duarte, Claudia Aparecida Marchetti, Vieira, Carla Maria, & Turato, Egberto Ribeiro. (2014). Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 113-132.
<https://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n2p113>

Freud, S. (2006). Luto e melancolia. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 245-263), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)

Freud, S. (2010). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916): Obras Completas vol. 12. São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia In Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). Obras completas vol. 17. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926)
<https://www.scielo.br/j/pe/a/HWWJNxHsh98RZZ6HpxtJ5mc/?lang=pt#>

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

Iaconelli, V. (2013). Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
doi:10.11606/T.47.2013.tde-07052013-102844.

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

Mathelin, C. (1999). O sorriso da Gioconda. In C. Mathelin, O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros (pp. 9-20). Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.

Meaney, S., Everard, C. M., Gallagher, S., & O'Donoghue, K. (2017). Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(4), 555–562. <https://doi.org/10.1111/hex.12480>

Meredith, P., Wilson, T. Branjerdporn, G., Strong, J., & Desha, L. (2017). “Not just a normal mum”: a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(6). 1-12. doi: 10.1186/s12884-016-1200-9

Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia, Teoria e Prática*, 15(3), 34-48.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003

Nasio, J.-D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Quintans, E. T. (2018). *Eu também perdi meu filho: Luto paterno na perda gestacional/neonatal* (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro). Recuperado de: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=34141@1>

Rodrigues, A. S. N. (2009). *Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal numa gravidez seguinte* (Dissertação de Mestrado Universidade de Lisboa, Lisboa). <https://core.ac.uk/download/pdf/12422423.pdf>

Shulz, J., & Mériot, M.-E. (2014). Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale. *Le Carnet PSY*, 185(9). 31-35. <https://doi.org/10.3917/lcp.185.0031>

Silva, Mary Costa da, & Tachibana, Miriam. (2022). Somewhere over the rainbow: narrativas de mães de crianças arco-íris. *Revista da SPAGESP*, 23(1), 44-58. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.32467/issn.2175-3628v23n1a5>

Soubieux, M.-J. (2014). Luto Perinatal: Pensar sobre o impensável. In: AGAPA. *Morte Perinatal: Simpósio organizado pela AGAPA* (1a ed.).

Soubieux, M.-J. (2008) *Le berceau vide, Deuil périnatal et travail du psychanalyste*. França: Érès.

Squires, C. (2004). L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante. *Cliniques méditerranéennes*, 69(1). 269-288. <https://doi.org/10.3917/cm.069.0269>

Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Theut, S. K., Moss, H. A, Zaslów, M. J., Rabinovich, B. A., Lewin, L., & Bartko, J. J. (1992). Perinatal Loss and Maternal Attitudes the Subsequent Child. *Infant Mental Health Journal*, 13 (2). 157-166. DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199223\)13:2](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199223)13:2)

Turato, E. R. (2000). Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa – Definição e Principais Características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1). 93-108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.



Anexo I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro



Repercussões subjetivas de perdas perinatais em gestações posteriores

Você está sendo convidada a participar como voluntária na pesquisa intitulada “Repercussões subjetivas de perdas perinatais em gestações posteriores”, que tem como principal objetivo compreender como as perdas neonatais e fetais impactam na vivência das gestações seguintes. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Thais Assis Flauzino, Residente de Psicologia na Maternidade Escola da da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob a orientação da Ms. Paula Zanuto Maués e co-orientação da Ms. Camila Carpes Chafic Haddad Araújo.

Para alcançarmos os objetivos do estudo, convidamos você a colaborar conosco. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Cabe ressaltar que esta pesquisa não lhe trará despesas ou remunerações de qualquer natureza. Considerando a importância do tema para o campo da saúde, a sua participação poderá ajudar na compreensão dos impactos que a perda precoce de um filho pode trazer para a vivência de gestações futuras. A partir disso, esperamos colaborar com a produção de novas reflexões sobre o tema e contribuir com a assistência à saúde de gestantes com histórico de perdas fetais e neonatais. Tais conhecimentos podem vir a ajudar na elaboração de estratégias de apoio às gestantes e auxiliar nos processos de formação de profissionais que trabalham direta ou indiretamente com a saúde perinatal

Sua colaboração envolverá a participação em uma entrevista presencial, que para fins de documentação, será gravada e posteriormente transcrita e arquivada de forma digital, e somente terão acesso a esses dados a pesquisadora, sua orientadora e co-orientadora. O roteiro da entrevista traz questões sobre a experiência da perda

anterior e sobre a vivência da gestação atual. Além disso, caso seja autorizado por você, também serão coletados dados sociodemográficos e dados de saúde contidos em seu prontuário. Ao final da pesquisa, o material obtido será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012.

Compreendemos que você pode não se sentir confortável para falar sobre algum assunto em determinado momento da entrevista. Você pode optar por não falar e/ou responder perguntas quando o tema abordado lhe trazer desconforto ou sempre que assim desejar. Cada um dos assuntos será abordado de acordo com o tempo e a disponibilidade possíveis para você. Além disso, ao longo da pesquisa, qualquer dúvida que você tiver poderá ser esclarecida pela pesquisadora.

Dados que possibilitem sua identificação, como seu nome, serão ocultadas da apresentação dos resultados e divulgação do estudo. Assim, suas informações serão substituídas por um código ou nome fictício que preserve sua confidencialidade e sigilo.

Se for notado que o contato com os temas abordados e lembranças de experiências sofridas lhe trouxeram potenciais ou concretos danos, serão tomadas atitudes no sentido de minimizar esses prejuízos. Dessa forma, será assegurada a você a assistência de acordo com sua necessidade. Vale destacar que a pesquisadora é psicóloga e irá se disponibilizar para acolher às possíveis demandas que se apresentarem nessa direção. Cabe ressaltar que a equipe de psicologia também está à sua disposição e que, caso deseje, poderá contar com acompanhamento psicológico pré e pós-natal. Esclarecemos que a disponibilidade do serviço de Psicologia independe de sua participação na pesquisa e que, caso não deseje participar, ou desista da colaboração durante o processo, ainda poderá contar com o acompanhamento desejado.

Ao final da pesquisa, apresentaremos a você e aos demais entrevistados o resultado final do estudo. Também se pretende que esses resultados sejam divulgados por meio de artigos científicos e apresentações em congressos da área, assegurando o sigilo e confidencialidade em todos esses meios de divulgação.

Estando você de acordo com o Termo proposto, este documento será assinado pela pesquisadora e por você, e cada uma receberá uma via do mesmo. Para qualquer esclarecimento, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Thais Assis Flauzino (thaisassisflauzino@gmail.com), Paula Zanuto Maués (paulazanuto@hotmail.com) e Camila Carpes Chafic Haddad Araújo (camilahaddad@me.ufrj.br) ou pelo telefone (27) 99809-6254.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, que está localizado na Rua das Laranjeiras, 180 Laranjeiras – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22240-003. Por meio dos telefones: Tel. (21) 2285 7935 ramal 207 Tel/Fax.: (21) 2205 9064 ou via e-mail: cep@me.ufrj.br, e site <http://www.maternidade.ufrj.br/cep>.

Eu, _____,
autorizo, voluntariamente, a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Telefone _____

Pesquisadora que obteve o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022

Anexo II - Roteiro da Entrevista

Primeiramente, gostaria de começar perguntando justamente sobre essa perda...

Você poderia me contar um pouco sobre como aconteceu a perda do seu filho/bebê?

Um nome já havia sido escolhido para seu filho? Se sim, qual?

Como você reagiu à essa perda na ocasião?

Atualmente, como você se sente em relação à perda?

Como você está se sentindo em relação à essa gestação? Você estava planejando engravidar?

Você já sabe o sexo do bebê? Um nome já foi escolhido para ele/ela?

Você já contou da gestação para amigos e/ou familiares? Se sim, como eles reagiram?

Que mudanças você observou em sua experiência de viver uma gravidez após ter passado por esse luto?

Há mais algo a respeito dessas experiências que você gostaria de acrescentar?

Anexo III- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES SUBJETIVAS DE PERDAS FETAIS E NEONATAIS EM GESTAÇÕES POSTERIORES

Pesquisador: THAIS ASSIS FLAUZINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60451922.4.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.524.735

Apresentação do Projeto:

Os óbitos fetais e neonatais têm grande impacto nas vidas das famílias que vivenciam essas perdas, rompendo com as expectativas e sonhos depositados na criança que estava por vir. Essas perdas repercutem também na vivência de gestações futuras, marcadas, muitas vezes, pelo sofrimento em decorrência da perda anterior e pelo medo de uma nova perda. O presente estudo tem como objetivo geral compreender como as perdas neonatais e fetais impactam a vivência das gestações seguintes. Os objetivos específicos são: Analisar elementos dos processos de luto materno diante das perdas fetais e/ou neonatais que antecederam a gestação atual; Identificar os principais aspectos relacionados à perda anterior que incidem na gestação atual; Apreender as particularidades do vínculo entre essa mãe e o bebê que está sendo gestado após a vivência da perda. Essa pesquisa configura-se como um estudo clínico-qualitativo, que tem como base a interdisciplinaridade. Serão entrevistadas gestantes maiores de 18 anos com histórico de uma ou mais perdas fetais e/ou neonatais incluídas no pré-natal da Maternidade Escola da UFRJ. Também serão utilizados dados sociodemográficos e de saúde contidos nos prontuários das participantes. A análise dos dados será feita a partir do método clínico-qualitativo, tendo como principal base teórica a Psicanálise. Serão levadas em consideração todas as exigências das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) que tratam de ética em pesquisa com seres humanos.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-5194 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.524.735

Objetivo da Pesquisa:

compreender como as perdas neonatais e fetais impactam a vivência das gestações seguintes. Os objetivos específicos são: Analisar elementos dos processos de luto materno diante das perdas fetais e/ou neonatais que antecederam a gestação atual; Identificar os principais aspectos relacionados à perda anterior que incidem na gestação atual; Apreender as particularidades do vínculo entre essa mãe e o bebê que está sendo gestado após a vivência da perda.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O presente estudo, por lidar com dados das participantes, apresenta o risco de quebra de confidencialidade. Para amenizar esses riscos, serão tomados todos os cuidados necessários para a preservação do sigilo e confidencialidade dos dados, como o armazenamento destes em computadores de uso pessoal protegidos por senha e utilização de nomes fictícios ou códigos para identificar as participantes. Além disso, por pretender ter como ponto central uma temática delicada, a pesquisa em questão apresenta o risco de tocar em questões sensíveis e suscitar angústia e/ou sofrimento nas participantes. Dessa forma, para minimizar os riscos, como descrito anteriormente, a entrevistadora partirá de uma postura de acolhida dos sentimentos e angústias apresentados, prestando suporte psicológico imediato frente a mobilização emocional das participantes. O seguimento desse suporte também poderá ser prestado por outro membro da equipe de psicologia da Maternidade Escola da UFRJ.

Na entrevistada será informada sobre a possibilidade de não falar sobre tópicos que lhe sejam desconfortáveis ao longo da entrevista, sempre que assim preferir. Caso deseje, poderá optar pela interrupção da mesma a qualquer momento, bem como solicitar à pesquisadora que remova do estudo algum trecho abordado. Será também comunicada a respeito da possibilidade de decidir pelo cancelamento de seu consentimento e por se retirar da pesquisa

Ao final da entrevista, será reforçada a disponibilidade do serviço de psicologia da Maternidade Escola para acompanhar essa gestante durante a gravidez, o parto e pós-parto, caso ela tenha interesse. Poderá, assim, ser agendado um primeiro atendimento com a psicóloga de referência do ambulatório de pré-natal da participante após a entrevista. Vale ressaltar que a disponibilidade do serviço de psicologia independe da participação

das gestantes na pesquisa, e, em caso de não interesse na participação, ainda haverá a apresentação e disponibilização do serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante pois visa o melhor acolhimento psicológico da gestante, além do aprimoramento

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-5194 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.524.735

teórico-clínico que poderá beneficiar o profissional na prática clínica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1978374.pdf	06/07/2022 14:34:27		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostothais.pdf	06/07/2022 14:22:47	THAIS ASSIS FLAUZINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoparacepthais.pdf	06/07/2022 10:21:58	THAIS ASSIS FLAUZINO	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	06/07/2022 10:18:09	THAIS ASSIS FLAUZINO	Aceito

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

CEP: 22.240-003

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-5194

E-mail: cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.524.735

Outros	parecercomitegestor.pdf	06/07/2022 10:09:47	THAIS ASSIS FLAUZINO	Aceito
Outros	roteirothais.docx	06/07/2022 10:06:45	THAIS ASSIS FLAUZINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	06/07/2022 10:02:22	THAIS ASSIS FLAUZINO	Aceito
Orçamento	orcamentothais.docx	06/07/2022 09:52:17	THAIS ASSIS FLAUZINO	Aceito
Cronograma	cronogramathais.docx	06/07/2022 09:49:51	THAIS ASSIS FLAUZINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Julho de 2022

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-5194 **E-mail:** cep@me.ufrj.br