

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Criança e do
Adolescente

Gláucia Maria Moreira Galvão

PARENTALIDADE NA PERDA GESTACIONAL:
o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais -
aspectos emocionais e legais

Belo Horizonte
2021

Gláucia Maria Moreira Galvão

**PARENTALIDADE NA PERDA GESTACIONAL:
o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais -
aspectos emocionais e legais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção de título de Doutor em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Belo Horizonte
2021

Galvão, Gláucia Maria Moreira.
G182p Parentalidade na perda gestacional [manuscrito]: o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais - aspectos emocionais e legais. / Gláucia Maria Moreira Galvão. -- Belo Horizonte: 2021.
127 f.: il.
Orientador (a): Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Licença Parental. 2. Morte Fetal. 3. Aborto Espontâneo/psicologia. 4. Luto. 5. Adaptação Psicológica. 6. Saúde da Mulher. 7. Saúde do Trabalhador. 8. Iniquidade de Gênero. 9. Dissertação Acadêmica. I. Viana, Maria Cândida Ferrarez Bouzada. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WQ 225



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

FOLHA DE APROVAÇÃO

**PARENTALIDADE NA PERDA GESTACIONAL: o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais
aspectos emocionais e legais**

GLÁCIA MARIA MOREIRA GALVÃO

Tese de Doutorado defendida no dia 24 de maio de 2021, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em CIÊNCIAS DA SAÚDE pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-Saúde da Criança e do Adolescente e aprovada pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação supramencionado constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana - Orientadora (UFMG), Sara de Pinho Cunha Paiva (UFMG), Flávia Cristina de Carvalho Mrad (UFMG), Zeni Carvalho Lamy (UFMA), e Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo (Universidade do Minho).

Belo Horizonte, 24 de maio de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Flavia Cristina de Carvalho Mrad, Professora do Magistério Superior**, em 24/05/2021, às 17:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Candida Ferrarez Bouzada Viana, Professora do Magistério Superior**, em 24/05/2021, às 17:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Barbara Fernandes de Carvalho Figueiredo, Usuário Externo**, em 24/05/2021, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sara de Pinho Cunha Paiva, Professora do Magistério Superior**, em 24/05/2021, às 18:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zeni Carvalho Lamy, Usuário Externo**, em 26/05/2021, às 10:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0745824** e o código CRC **53098613**.

*Era como nascesse em si uma alma já morta.
Tristeza igual só essas mães que dão à luz um menino inanimado.
É justo poder-se assim visitar os paraísos e nos expulsarem?*

Mia Couto (A filha da solidão)

AGRADECIMENTOS

No percurso deste trabalho, foram muitas as pessoas significativas que ajudaram na caminhada.

À minha orientadora Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana, por ter aceitado o desafio de participar comigo de um tema tão complexo e que gera tanto sofrimento. Por suas valiosas contribuições ao longo de todo o processo, por confiar em mim e acreditar que este trabalho seria possível.

Meus agradecimentos à querida Denise Streith Morsch por sua admirável sabedoria, por sua forma afetiva e acolhedora de me guiar pelos caminhos da construção do conhecimento e pelo modo generoso com que compartilha o seu saber.

Ao Dr. Eduardo Tavares e sua esposa Gláucia, por terem me instigado a pesquisar, pensar, criticar e confrontar, e principalmente pela acolhida em minhas profundas inquietações. Seguir essa trajetória tendo vocês como guias foi uma experiência extremamente prazerosa e enriquecedora, e suas preciosas contribuições me permitiram refletir sobre limites e possibilidades na escrita deste estudo. A dedicação e o amor que vocês têm pelo trabalho que fazem são inspiradores, e admiro vocês profundamente.

Minha gratidão especial aos queridos colegas de trabalho da Maternidade Odete Valadares (MOV), em destaque à Dra. Érika Dolabela, à Dra. Karina Werneck e à Dra. Gislene Valadares, pelo constante compartilhar de conhecimento e pela recíproca contribuição analítica e teórica. Vocês tornaram essa trajetória menos solitária e muito mais prazerosa.

Na esfera familiar, agradeço ao meu marido, pela parceria, apoio e por me acompanhar em visitas noturnas em locais por vezes distantes, sempre com paciência e amor. Agradeço aos meus filhos Lucas e Túlio, acima de tudo por proporcionar à minha vida leveza em momentos de alegria, simplicidade e prazer, funcionando como importantes contrapontos no enfrentamento da inerente complexidade teórica e da dureza do objeto de estudo. Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo, entusiasmo e consideração, sempre me fazendo sentir especial. Nesse sentido, agradeço à minha querida irmã Yêda pelo amor e apoio incondicional; aos meus sobrinhos, João Pedro,

Daniel e Stefany pelo carinho e torcida constantes; à cunhada Rita Niffinegger pela ajuda na revisão gramatical. Meu carinhoso agradecimento à prima Viviane e à Tia Aparecida (in memoriam), pelo afeto e ajuda para a publicação do livro da Tradução do Simpósio da AGAPA sobre a Morte Perinatal, na qual também foram fundamentais o incentivo e apoio da amiga Érika Parlato através do Instituto Langage, o design e confecção da capa por Gabriel Nascimento e a revisão da tradução pela amiga e professora Lili Albuquerque.

Ao amigo Steven Byrd pela tradução dos artigos com maestria.

A todos os participantes deste estudo que se dispuseram a compartilhar comigo suas vivências e suas histórias, minha gratidão e o meu mais profundo respeito.

Muito obrigada!

*Ao amigo Dr. Afrânio Eustáquio Coelho Ferreira (in memoriam),
por me apontar desde cedo os caminhos da humanização e sua importância.*

RESUMO

O repouso remunerado de mulheres, pautado pela lei brasileira, após perda gestacional menor que 22 semanas é de apenas duas semanas. Com relação ao pai, inexistente licença trabalhista nesta situação, acentuando uma desigualdade de gênero. Através de entrevistas semiestruturadas propõe-se verificar as condições emocionais das mães e suas vivências, para retorno às atividades profissionais pós-perda gestacional espontânea. As condições emocionais dos pais para manter a rotina de trabalho, sob a ótica de suas companheiras, foi também objeto de investigação, além de conhecer a dor paterna pelos relatos de alguns pais presentes nas entrevistas. Utilizou-se perguntas norteadoras para verificar percepções do momento que estavam vivendo, sobre adaptação à rotina de vida e sobre o luto e qualidade do exercício profissional. Originou-se oito categorizações, a partir dos núcleos de sentido das entrevistas: sintomas do luto; tempo de retorno ao trabalho e rotina; não reconhecimento do luto pela sociedade; luto e espiritualidade; relação cuidador (hospital)/paciente; dor paterna; querer alguém consigo; quem é este bebê. O retorno das mães enlutadas ao trabalho e o amparo na religião foram estratégias de elaboração do luto (terapia laboral) e de enfrentamento. Nas entrevistas, foram evidenciados os sentimentos: sensação de perda de controle da própria vida, quebra de sonhos, sentimento de incompletude, culpa e derrota pessoal. Sentimentos de menos valia como mulher em relação à visão do feminino pela sociedade. Evidenciou-se uma vulnerabilidade trabalhista, com necessidade de assistir o pai, na perda gestacional, dor não reconhecida e não amparada legalmente. Para as mulheres a perda não foi só do bebê, evidenciou-se perdas subjetivas, perda de identidade, ideal, erotismo e do papel da mulher. A relação da mulher com ela mesma, com outra mulher, a maternidade, com o ideal, dentre outras, são temas significativos levando a abrir espaço para mais investigação na abordagem do luto gestacional.

Palavras-chave: Licença parental. Luto. Óbito fetal. Saúde do trabalhador. Aborto espontâneo. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The paid rest for women, according to Brazilian law, related to cases of gestational loss with less than 22 weeks, is it equivalent to two weeks. Regarding the father, we have no labor license in this situation, which accentuates gender inequality. With the use of semi-structured interviews, this work addresses the emotional conditions of mothers and their experiences, evaluating if they can return to professional activities after spontaneous pregnancy loss. The father's emotional conditions to maintain their usual work routine, seen from the eyes of their partners was also an object of investigation. Some fathers also gave testimonies expressing their grief during the process. Guiding questions were used to verify their perception on the moment they went through. These questions were related to their adaptation of routine, their mourning, and the quality of their own professional practice. After analysing the testimonies and their respective meanings, eight categorizations emerged: symptoms of grief; time to return to work and routine; non-recognition of mourning by society; grief and spirituality; caregiver (hospital) / patient relationship; paternal pain; the need of wanting someone with you; Who is this baby. Some of the strategies bereaved mothers used in order to cope, were seeking support in religion and in work. During the interviews, some feelings were highlighted: loss of control over one's life; shattered dreams; feeling of incompleteness; guilt and personal defeat; and feelings of being considered "less of a Woman" by society's eyes. A labor vulnerability was shed to light, with regard of assisting the fathers in their grief during the gestational loss, a pain that is neither recognized nor legally supported. For women, the loss was not only of their babies, there was also subjective loss, loss of identity, loss of ideal, eroticism and their role as women. The women's resolution towards themselves, to other women, motherhood, the ideal of a woman, among others, are significant themes, that lead the opening for a space of further investigation in how to approach and deal with gestational mourning.

Key words: Parental leave. Bereavement. Fetal death. Occupational health. Spontaneous abortion. Women's health.

LISTA DE FIGURA

Figura 1:	Fluxograma representativo da população participante.....	43
-----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Dados demográficos de 17 mulheres com história de abortamento no período de fevereiro a outubro de 2019, na Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG.....	44
Tabela 2:	Características das mães participantes e sua representatividade	44
Tabela 3:	Dados estatísticos da idade gestacional da ocorrência da perda	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	<i>adaptation disorder</i> [transtorno de ajustamento]
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ASD	<i>acute stress disorder</i> [transtorno de estresse agudo]
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
MOV	Maternidade Odete Valadares
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	<i>post-abortion-syndrom</i> [síndrome pós-aborto]
PTSD	<i>posttraumatic stress disorder</i> [transtorno de estresse pós-traumático]
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	<i>REFERÊNCIAS DA SESSÃO.....</i>	<i>20</i>
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1	<i>ABORTO.....</i>	<i>22</i>
2.2	<i>O ABORTAMENTO</i>	<i>22</i>
2.3	<i>O ABORTAMENTO ESPONTÂNEO.....</i>	<i>25</i>
2.4	<i>ASPECTOS EMOCIONAIS.....</i>	<i>26</i>
2.5	<i>ASPECTOS SOCIAIS.....</i>	<i>28</i>
2.6	<i>A ESCUTA E A ABORDAGEM DO PACIENTE PELAS EQUIPES DE SAÚDE, POR MEIO DA SINGULARIDADE</i>	<i>32</i>
2.7	<i>PRECEITOS ÉTICOS: O CONCEITO DE VULNERABILIDADE, DO DIREITO À SAÚDE COLETIVA.....</i>	<i>34</i>
2.8	<i>REFERÊNCIAS DA SESSÃO.....</i>	<i>35</i>
3	OBJETIVO.....	41
3.1	<i>OBJETIVO GERAL.....</i>	<i>41</i>
3.2	<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</i>	<i>41</i>
4	MÉTODO	42
4.1	<i>CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA</i>	<i>42</i>
4.2	<i>POPULAÇÃO E LOCAL.....</i>	<i>42</i>
4.2.1	<i>Critérios de inclusão.....</i>	<i>45</i>
4.2.2	<i>Critérios de exclusão.....</i>	<i>45</i>
4.3	<i>INSTRUMENTOS.....</i>	<i>45</i>
4.4	<i>PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS</i>	<i>46</i>
4.5	<i>PROCEDIMENTOS DA ANÁLISE DOS DADOS.....</i>	<i>47</i>
4.5.1	<i>Análise dos dados</i>	<i>47</i>
4.5.2	<i>Categorização</i>	<i>47</i>
4.6	<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	<i>48</i>
4.7	<i>REFERÊNCIAS.....</i>	<i>48</i>
5	RESULTADOS	50
5.1	<i>ARTIGO 1</i>	<i>51</i>
5.2	<i>ARTIGO 2</i>	<i>59</i>
5.3	<i>ARTIGO 3</i>	<i>66</i>
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
6.1	<i>TRABALHO DESENVOLVIDO DURANTE O DOUTORADO.....</i>	<i>80</i>

6.2	DECLARAÇÃO DA DOUTORANDA SOBRE A PESQUISA	80
6.3	REFLEXÕES E QUESTIONAMENTOS A PARTIR DOS ACHADOS DESSE ESTUDO E PROPOSTAS E DIRECIONAMENTOS PARA PESQUISAS FUTURAS	81
7	CONCLUSÃO.....	82
	APÊNDICE A - Protocolo de coleta de dados demográficos.....	84
	APÊNDICE B - Questionário para segunda entrevista.....	86
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
	APÊNDICE D - Tradução do livro: Morte Perinatal	89
	APÊNDICE E - Resultados adicionais e reflexões complementares e questionamentos a partir dos achados desse estudo	91
	APÊNDICE F - Consequências práticas dos resultados da tese na maternidade onde o estudo foi realizado, ocorridas durante seu desenvolvimento	107
	ANEXO A - Artigo 395, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).....	108
	ANEXO B - Legislação pertinente relativa aos direitos da mãe	109
	ANEXO C - Legislação pertinente relativa aos direitos do pai	112
	ANEXO D - Parecer do Departamento de Pediatria da FM/UFMG	114
	ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP)	115
	ANEXO F - Nota técnica da ANVISA sobre doação de leite humano por mães que passam pelo luto de seus filhos lactentes	118
	ANEXO G - Modelo de cartão para as mães.....	121

1 INTRODUÇÃO

Apesar da frequência de abortos, que ocorrem espontaneamente em 15 a 20% das gestações até 22 semanas, as implicações subsequentes são negligenciadas e subestimadas pelos governantes, pela mídia, pela sociedade e até pelos serviços de saúde (FRØEN *et al.*, 2016). O impacto e consequência de uma perda gestacional para pais, famílias, profissionais de saúde e na sociedade em todas as partes do mundo não podem ser ignorados e devem ser considerados tanto no período perinatal quanto durante as gestações subsequentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o conceito de abortamento é a interrupção da gestação com peso fetal abaixo de 500 gramas ou com idade gestacional inferior a 20 semanas (BELO HORIZONTE, 2010). De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), o conceito de óbito fetal refere-se a morte de produto da concepção ainda intraútero, antes que tenha sido expulso ou tenha ocorrido extração completa do corpo materno.

Cerca de 55 milhões de abortos ocorreram entre os anos de 2010 e 2014 no mundo, e 45% destes foram feitos de forma insegura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013). No Brasil, dados sobre aborto e suas complicações são incompletos. Os dados da assistência em caso de aborto, são apenas disponíveis no nível do setor público e dados referentes a mortalidade dependem de investigação do óbito (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

A perda gestacional é tema que merece atenção, pois pode determinar dificuldades futuras com interferências no relacionamento conjugal, familiar, presença de quadros emocionais e psíquicos, diminuição do interesse pela vida, pelos demais filhos ou mesmo pelo trabalho por parte da mulher e de seu (sua) companheiro (a) (FRØEN *et al.*, 2016). Recentes publicações chamam atenção para este assunto, quase invisível para a sociedade atual, mas causando às famílias envolvidas sofrimentos intensos e perdas incalculáveis (AGUIAR; ZORNIG, 2016; FRØEN *et al.*, 2016; HEAZELL *et al.*, 2016; HORTON; SAMARASEKERA, 2016).

A morte neonatal é, na grande maioria das vezes, inesperada e imprevisível, ocorrendo com frequência no contexto de uma gravidez sem intercorrências

(BROWNLEE; OIKONEN, 2004; FONSECA *et al.*, 2010). Essas características aumentam o choque sentido pelos pais perante a notícia da morte do bebê, aumentando a dificuldade de aceitação do fato, e, pelo caráter súbito, impede a preparação emocional e a mobilização de recursos e estratégias de *coping* pelos membros da família (CALLISTER, 2006).

A maternidade é uma relação de cuidado, independente de gênero, e não uma tarefa exclusiva da mulher. O termo “matrístico” é usado por Maturana e Verden-Zöller (2009) para evidenciar uma posição cultural na qual existe uma presença mística da mulher, que evidência uma coerência sistêmica liberadora e acolhedora do maternal fora do autoritário e do hierárquico. Designando uma cultura na qual homens e mulheres podem participar de um modo de vida centrado em uma cooperação, numa relação de participação e confiança, e não de controle e autoridade na vida cotidiana.

Para as mulheres que sofrem uma perda gestacional existe um luto, não só pelo filho perdido, mas também por não exercerem a função de mãe, ou seja, elas sofrem pela perda do papel de mãe que já imaginavam exercer. Ocorre a perda do bebê imaginário, com o qual já vinham se estabelecendo vínculos e para quem a mãe preparava-se para a parentalidade. Esta perda gestacional pode comprometer os sentimentos dos genitores em relação às possíveis novas gerações (FRØEN *et al.*, 2016).

Na perda gestacional, além da morte física do filho, os lutos envolvidos devem considerar também a perda de todos os sonhos, fantasias e planos envolvidos na maternidade e paternidade. Existe um luto tanto pelo filho imaginado quanto pelo filho real (CASELLATO, 2015).

A perda gestacional engloba, para além do sofrimento pela morte do bebê que o casal planejou e desejou, mesmo que ocorram nas primeiras semanas gestacionais, perdas secundárias adicionais que intensificam o sentimento de luto: mudanças na estrutura familiar que vinham sendo planejadas, perdas da oportunidade de exercer a parentalidade, do estatuto ou identidade social (por exemplo, inclusão ou exclusão no grupo de amigos com filhos), de expectativas e sonhos em relação à gravidez e à vida em geral, do sentimento de segurança e controle em relação à vida, da autoestima e

crença de controle do corpo (AGUIAR; ZORNIG, 2016; CALLISTER, 2006; JENKINS; HEUSTIS, 2005).

Segundo Silva (2011), parentalidade é muito mais significativo que uma função biológica e mais amplo que simplesmente o significado de procriação, ela é o resultado do parentesco biológico e do processo de tornar-se mãe e pai. Ela articula e conecta diferentes perspectivas, complexos processos do simbolismo psíquico e leva-nos a refletir sobre a descendência. O conceito de parentalidade, portanto, contém a ideia de parentesco e da função parental, englobando a história do bebê, da sua origem e das gerações que precederam seu nascimento.

A parentalização é um complexo processo dos arranjos narcísicos e objetais que conduz um ser humano, a partir da infância ou da adolescência, a se tornar pais, ou seja, a enlaçar as relações com uma criança e com todas as vicissitudes que a acompanham (SOUBIEUX; SOULÉ, 2005).

A adaptação e reorganização da dinâmica familiar para a chegada dos novos membros, exige complexos arranjos e mecanismos conscientes e inconscientes. Estes são banhados por um arsenal de elementos particulares de cada cultura, assumindo delimitações de valores e crenças que são socialmente organizadas e compartilhadas por cada grupo e necessitam de um processo de preparação e de aprendizagem abrangendo um trabalho que evidencia as características paradoxais e a complexidade do fenômeno natural do parentesco (SOLIS-PONTON, 2004). Se o bebê morre, a transição do bebê imaginário para o bebê real se tornará impossível de ser realizada, e se instalará uma ferida narcísica nos pais remetendo-os a uma posição de falha (AMORIM JUNQUEIRA, 2014).

Os efeitos negativos, particularmente na saúde mental dos pais, podem ser moderados por atitudes empáticas dos prestadores de cuidados e intervenções personalizadas (HEAZELL *et al.*, 2016). Não se deve esquecer que a negação deste luto, ocorre por se tratar de algo que mobiliza e machuca a todos, mas que não se permite reconhecer, tanto pelos profissionais de saúde, assim como pela sociedade, mas que devem ser considerados. Além disso, essa perda entra em conflito com a ordem natural do ciclo de vida (os mais velhos devem morrer primeiro do que os mais

novos) e a concepção de que a vida tem um sentido de fluxo e uma finalidade tornando muito difícil a aceitação da morte do bebê (ROLIM; CANAVARRO, 2001).

A organização dos serviços de saúde para o cuidado das mulheres que vivenciam uma perda gestacional e os cuidados dos profissionais de saúde que atendem as famílias afetadas por essas perdas, é um marcador importante do desempenho geral de um sistema de saúde e pode contribuir para melhorar a resiliência e a manutenção da força de trabalho dos enlutados (HOMER; MALATA; TEN HOOPE-BENDER, 2016).

No cuidado com mulheres e famílias que vivenciaram uma morte gestacional é crucial, além do suporte, respeitar o período de luto das famílias afetadas, sendo este um componente central para que eles se recuperem desta perda (HOMER; MALATA; TEN HOOPE-BENDER, 2016).

Novas diretrizes de apoio, incluindo o suporte à perda gestacional como indicador básico de saúde e as medidas da qualidade do cuidado são fundamentais. A saúde pré-natal é um fundamento biológico crucial para a saúde ao longo da vida. São necessárias ações específicas pelos profissionais da área da saúde e do direito, formulações de políticas, monitoramento e pesquisas para cobertura efetiva de intervenções comprovadas para a sobrevivência com qualidade pós uma perda gestacional (AGUIAR; ZORNIG, 2016).

Retirar essa mãe do pensamento e esquecer o que se passa após a alta hospitalar gera “uma conspiração de silêncio”, ocorrendo entre a família e a equipe uma comunicação velada, maquiada, onde o que prepondera é um silêncio sem fim, quando se tem tanto para falar, mas não existem palavras para se expressar (VOLLES; BUSSOLETTO; RODACOSKI, 2012).

Segundo Ismael e Oliveira (2008), em situações difíceis de serem abordadas, as partes envolvidas se utilizam de diferentes formas de comunicação, sendo que uma dessas aparece de maneira mascarada, silenciosa. O não falar pode vir acompanhado de falhas na comunicação; enfraquecer e estreitar laços; pode causar o isolamento, quando o mesmo está demonstrando uma possível fragilidade psíquica; pode passar indiferença, hostilidade, quando na verdade está denunciando justamente o contrário,

um silêncio velado, um fazer de conta que está tudo bem, denunciando algo que não se faz compreensível ou suportável.

Quando o tema da morte é abordado, o paciente dificilmente verbaliza sobre isso a alguém. Mas se uma comunicação ocorre por meio do acesso à palavra, a morte é significada e possivelmente elaborada (NÁSIO, 1997).

Na perda de um filho na gestação ou após um parto, deve-se dar o direito a essa mulher e à sua família a falarem do assunto abertamente, relatar suas frustrações e sensações de culpa e impotência, não para confrontar essa tristeza imensa, mas para auxiliá-la na reorganização de sua vida e de toda sua família. A família precisa ser cuidada de forma contingente e não excluída do pensamento da equipe de saúde. O que nos leva a avaliar a importância de se compreender a experiência emocional dessas mães e de seu companheiro diante de uma perda gestacional ou diante do contato inicial com seu bebê prematuro extremo que vai a óbito no útero ou logo após o nascimento.

Ouvir mães e pais sobre o tempo necessário ao retorno às atividades profissionais pode ajudar à equipe de saúde multidisciplinar a verdadeiramente auxiliar as famílias enlutadas na expressão de seus sentimentos e pensamento relacionados à perda.

Em relação as leis trabalhistas o artigo 395 do decreto lei dispõe que em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico, a mulher terá o repouso remunerado de duas semanas ficando assegurando do direito de retornar à função que ocupava antes. Ocorreu uma nova redação desse artigo, no Decreto-Lei nº 8921/94 onde não há mais menção sobre a necessidade de o aborto espontâneo ou provocado uma vez que a exaustão física e emocional da mulher é a mesma independentemente do tipo de abortamento “durante o licenciamento compulsório da empregada por motivo de maternidade ou aborto não criminoso, observados os requisitos para percepção do salário-maternidade custeado pela Previdência Social; (Incluído pelo Decreto-Lei nº 1.535, de 13.4.1977)”.

O presente estudo se propõe a verificar as condições das mães, por meio de suas falas, para retorno às atividades profissionais após duas semanas de perda gestacional, como pauta a lei brasileira em seu artigo 395, da Consolidação das Leis

do Trabalho (CLT) (ANEXO A), elas teriam apenas duas semanas de repouso remunerado sem direito a prorrogação diante da perda de seus bebês nascidos até 22 semanas de gestação, para as quais o retorno é uma terapia laboral (ANEXO B). Com relação ao pai, inexistente licença trabalhista para o mesmo numa perda gestacional menor de 22 semanas, acentuando uma desigualdade de gênero (ANEXO C).

Para apresentação dos resultados, atentou-se aos objetivos propostos pelo estudo, ressaltando que essa Tese de Doutorado obedeceu à Resolução nº 03/2010 do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). As seções são compostas por Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos, Método, Resultados, Considerações Finais e Conclusão. Os Resultados foram apresentados sob a forma de três artigos originais.

1.1 REFERÊNCIAS DA SESSÃO

AGUIAR, H. C.; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos da Clínica**, v. 21, n. 2, p. 264-281, ago. 2016.

AMORIM JUNQUEIRA, M. F. Parentalidade contemporânea: encontros e desencontros. **Primórdios**, v. 3, n. 3, p. 33-44, 2014.

BELO HORIZONTE. **Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Sistemas. Cadastros Nacionais. **CID 10** (definições). Brasília: DATASUS, 2018. Disponível em: <https://goo.gl/CzDPBz>. Acesso em: 06 jul. 2018.

BROWNLEE, K.; OIKONEN, J. Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. **The British Journal of Social Work**, v. 34, n. 4, p. 517-529, Jun. 2004.

CALLISTER, L. C. Perinatal loss: a family perspective. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, v. 20, n. 3, p. 227-234, 2006.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, supl. 1, p. e00188718, 2020.

CASELLATO, G. Luto não autorizado: o fracasso da empatia nos tempos modernos. In: CASELLATO, G. (Org.) **Em busca da empatia**. Suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus, 2015. p. 15-28.

- FONSECA, A. D. *et al.* Especificidades da perda perinatal: implicações para os agentes de intervenção. In: JORNADAS PERITIA: Psicologia e Perda Gestacional, 1., 2010, Oliveira do Bairro. **Anais...** Oliveira do Bairro: Peritia, 2010.
- FRØEN, J. F. *et al.* Stillbirths: progress and unfinished business. **Lancet**, v. 387, n. 10018, p. 574-586, Fev. 2016.
- HEAZELL, A. E. *et al.* Stillbirths: economic and psychosocial consequences. **Lancet**, v. 387, n. 10018, p. 604-616, Feb. 2016.
- HOMER, C. S. E.; MALATA, A.; HOOPE-BENDER, P. T. Supporting women, families, and care providers after stillbirths. **Lancet**, v. 387, n. 10018, p. 516-517, Feb. 2016.
- HORTON, R.; SAMARASEKERA, U. Offline: Stillbirths: the last great myth. **Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 418, Feb. 2016.
- ISMAEL, S. M. C.; OLIVEIRA, M. F. P. Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In: KNOBEL E.; ANDREOLI, P. B. A.; ERLICHMAN, M. R. **Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu. (2008). p. 83-91.
- JENKINS, M.; HEUSTIS, J. **Companioning at a time of perinatal loss: a guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers**. Fort Collins: Companion Press, 2005.
- MATURANA, H. R.; VERDEN-ZÖLLER, G. **Amar e Brincar: fundamentos esquecidos do humano**. São Paulo: Palas Athena, 2009.
- NASIO, J-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. Tradução Silvia Piñeyro Trias. 2. ed. Geneva: WHO, 2013.
- ROLIM, L.; CANAVARRO, M. C. Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In: CANAVARRO, M. C. (Eds.). **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto, 2001.
- SILVA, M. C. P. **A construção da parentalidade em mães adolescentes: um modelo de intervenção e prevenção**. Curitiba: Honoris Causa, 2011.
- SOLIS-PONTON, L. (Org.). **Ser pai, ser mãe: parentalidade – um desafio para o terceiro milênio**. Revisão técnica da tradução Maria Cecília Pereira da Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SOUBIEUX, M.-J.; SOULÉ, M. **La psychiatrie foetale**. Paris: Presses Universitaires de France, 2005.
- VOLLES, Camila Christine; BUSSOLETTO, Greici Maestri; RODACOSKI, Giseli. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. **Rev. SBPH**, v. 15, n.1, p. 212-231, jun. 2012.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ABORTO

A palavra aborto, tem origem do latim *aboriri* e tem como significado “separação do sítio adequado” (SALOMÃO, 1994). Esta denominação tem como referência o produto da concepção eliminado expulso da cavidade uterina ou abortado. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2005). Embora exista esta distinção entre aborto e abortamento, a palavra “aborto” é usada em vários momentos como sinônimo de abortamento. O aborto espontâneo é a interrupção da gestação que ocorre de forma espontânea sem nenhuma ação externa e pode ter sua causa de ocorrência determinada por doenças da gestante, por problemas genéticos do embrião ou por traumas físicos ou psíquicos. A denominação de aborto provocado, aborto induzido ou aborto voluntário, tem como referência à interrupção da gravidez causada por uma atuação externa e intencional (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

2.2 O ABORTAMENTO

Na literatura não existe ainda um consenso para os termos aborto e abortamento, e estas expressões são utilizadas de forma muitas vezes ambíguas. De acordo com Canário (2009), “A terminologia anglo-saxónica utiliza a expressão *abortion* para definir quer o procedimento quer o resultado, subjacentes à interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal”. Para Nunes (2000) dever-se distinguir os conceitos, nomeando abortamento, o procedimento ou evento que leva ao aborto, sendo este termo o resultado. Temos que considerar, então, os termos aborto e abortamento como termos distintos sendo o primeiro o resultado do segundo, isto é, considerar o aborto como o produto do abortamento, sendo este o processo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007) “[...] o abortamento é descrito como a expulsão ou extração do concepto pesando menos de 500g, o que corresponde a aproximadamente 20 semanas de gestação”. O Ministério da Saúde do Brasil define abortamento como a interrupção da gravidez até a 20^a - 22^a semana de gestação e com o produto da concepção pesando menos de 500 g (para os casos em que a idade gestacional é desconhecida) (BRASIL, 2005). Em países em desenvolvimento, o

abortamento é um grave problema de saúde pública, sendo um dos principais responsáveis por taxas relevantes das principais causas de mortalidade maternidade no mundo, incluindo o Brasil (BRASIL, 2011).

São classificados como induzidos, quando realizados com ou sem indicação médica, e ocorrem por interferência de agentes mecânicos (curetagem, aspiração ou outros) ou químicos (medicamentos abortivos), e espontâneos, tratando-se de desarranjos orgânicos que acontecem principalmente no segundo ou terceiro mês da gestação (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

A incidência do abortamento é relevante, ocorrendo em torno de 10 a 15% das gestações e envolve a mulher em situações que transcendem a dor física, traz sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, trazendo também complicações para o sistema reprodutivo e demanda uma atenção segura, humanizada e tecnicamente adequada (BRASIL, 2011).

Domingos e Merighi (2010) mostram dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), evidenciando que no Brasil, 31% dos casos das gravidezes terminam em abortamento. Os autores destacam estimativas que indicam que, por ano, na faixa etária de 14 a 49 anos, ocorrem 1,4 milhão de abortos para cada 100 mulheres.

O abortamento é um acontecimento não esperado pelas mulheres levando-as a se sentirem desanimadas, frustradas, tristes, fragilizadas, culpadas, pode mesmo evoluir para depressão. A culpa, a depressão e a psicossomatização são sinais de feridas psicológicas sofridas pelas mulheres, isto evidencia o quanto o aborto as sensibiliza, levando a um sofrimento físico e emocional (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009).

Domingos e Merighi (2010) assinalam a importância, da equipe de saúde, ter um olhar mais abrangente para as mulheres que vivenciam o abortamento numa perspectiva integral e desprovida de julgamentos, a fim de que elas sejam cuidadas, no sentido de aliviar além dos sinais clínicos, os sentimentos negativos que decorrem da perda. Estes autores colocam a importância de refletir os significados da vivência do abortamento para cada mulher. Uma escuta qualificada e um olhar sensível, direcionado a estas mulheres que trazem, cada uma, diferentes peculiaridades na vivência da perda, possibilita um cuidado humanizado em detrimento de uma visão reducionista e biomédica, onde apenas são considerados sinais e sintomas clínicos,

para que se possa resgatar, a essência de ser humano, que aproxima o saber da sensibilidade (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a 2ª edição da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011). O objetivo desta publicação foi proporcionar às mulheres um cuidado direcionado, não apenas às suas necessidades imediatas, mas em um cuidado, pautado na perspectiva do acolhimento e da integralidade, ofertando-lhes uma assistência que garanta seus direitos humanos (incluindo os direitos sexuais e reprodutivos) e trabalhando a importância de se oferecer um cuidado ético e desvinculado de preceitos morais e religiosos.

É fundamental, estar sensível ao processo de elaboração da perda vivenciado por cada uma destas mulheres, compreender seu contexto de vida e a situação em que se encontram. Com esta compreensão e com uma visão mais ampla, o profissional da área da saúde, estará mais capacitado à percepção dos sentimentos destas mulheres, podendo apoiá-las e ajudá-las na vivência deste luto.

No processo de elaboração do luto por perda fetal, alguns fatores são determinantes, entre eles destaca-se os relacionados ao diagnóstico e tratamento, motivações para a gestação e fatores relativos ao seu planejamento. O significado desta criança para a paciente, bem como suas expectativas em relação ao futuro dela, sua rede de apoio social e possíveis perdas secundárias também serão fortes fatores de influência (OLIVEIRA E SILVA; NARDI, 2011).

Formozol *et al.* (2012) destaca que “o processo de cuidar é diretamente influenciado pela formação pessoal e pela personalidade do cuidador e do ser cuidado, adquiridas através de suas experiências, crenças e cultura”. Baseando nesta colocação o cuidado, tem que ser visto como parte fundamental de uma visão em que as pessoas que participam do processo, podem apresentar valores, vivências e necessidades diferentes e que estas diferenças podem gerar situações conflituosas, constrangedoras ou mesmo traumáticas para qualquer uma das partes. Logo é de importância crucial considerar os fatores diversos que vão influenciar os sentimentos da mulher na vivência de abortamento. É preciso uma escuta sensível e olhar cuidadoso para que se possa perceber sentimentos de solidão, angústia, ansiedade,

culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, e a sensação de incapacidade de uma nova gravidez (BRASIL, 2011).

2.3 O ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

O abortamento espontâneo é inerente à questão reprodutiva, estar grávido é estar suscetível a este acontecimento (CURI, 2012; NONNEMACHER, 2014). É uma das complicações mais comuns na gestação, com uma incidência variando entre 6,51% e 21% das gestações clinicamente reconhecidas (CURI, 2012).

Curi (2012) evidência, por meio de dados estatísticos, que existe uma grande dificuldade em determinar as causas dos abortamentos espontâneos, demonstrando que em 60% dos casos não se encontra a causa que determinou este evento. Em relação à etiologia, Nery *et al.* (2006) colocam que os abortos espontâneos em sua maioria são consequências de um feto com pequenas chances de sobrevivência e que provavelmente não se desenvolveria de forma saudável. Montenegro e Rezende Filho (2014) trazem como sendo a principal causa do abortamento espontâneo as anormalidades cromossômicas fetais, sendo 50% das causas de abortamentos no primeiro trimestre. Nery *et al.* (2006) evidenciam ainda como causas: baixos níveis de progesterona, infecções e doenças bacterianas e virais. O motivo da ocorrência pode também estar associadas à idade da mãe, gestações em mulheres com idade superior a 40 anos, assim como provocadas por doença autoimune, estresse e ou mesmo ao consumo excessivo de cigarro e outras drogas (AQUINO, 2012). Ele é considerado a complicação mais frequente da gravidez, e a grande maioria ocorre antes de 12 semanas, isto é, no 1º trimestre da gestação. Desta forma, à cada 10 gestações, uma é interrompida de forma inesperada por problemas relacionados à saúde da mulher ou do feto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014; AQUINO, 2012).

Para além de dados estatísticos e buscas de explicações científicas que justifiquem o acontecimento, temos que pensar de forma mais abrangente que o abortamento espontâneo é uma perda de algo idealizado e construído pela mulher e por seu companheiro. A desconstrução dessa idealização de um filho, gerada por uma perda fetal involuntária demanda um trabalho psíquico, uma vez que, se não tivermos condições adequadas de tratamento, podem trazer consequências e manifestações

psicopatológicas (CURI, 2012). Temos que considerar que a vivência do abortamento espontâneo, leva a interrupção de um percurso de ordem biológica, psicológica e social, naturalmente esperado (NONNEMACHER *et al.*, 2014).

2.4 ASPECTOS EMOCIONAIS

A sociedade e as instituições governamentais nem sempre deram real valor às consequências psicológicas do aborto espontâneo, quando estas ocorrem no início da gravidez, não dando suporte à mulher vítima desta situação traumática e não reconhecendo seu sofrimento. Díaz *et al.* (2008) afirmam: “Supunha-se que não havia relação emocional com o feto antes que a mãe pudesse sentir os movimentos fetais”. Entretanto, não só a mulher inicia um relacionamento com o filho a partir do dia em que sabe da gravidez, mas também há sofrimento e tristeza após o aborto, que, às vezes, pode se tornar patológico. Domingos *et al.* (2013) trazem a situação do abortamento como algo que precisa ser visto além de representações estatísticas, mas diante de um entendimento acerca do contexto biopsicossocial das mulheres que o vivenciaram e das consequências emocionais desencadeadas. Negar a importância dos sentimentos da mulher em decorrência do aborto implica na possibilidade de deixá-la permanecer presa em um luto não resolvido, e essa tristeza patológica tem a possibilidade de gerar consequências psicológicas, que podem perdurar por muitos anos (GONDIM; FERREIRA, 2010). A tristeza sempre implica em sofrimento e pode ser adaptativa ou não; geralmente é desencadeada por motivos pessoais, como a vivência de um evento que gera pesar, perda de afeto ou baixa autoestima, entre outros (BOWLBY, 1969; BOWLBY, 1980; CORBELLA, 1994; LAZARUS; LAZARUS, 2000). Para García e Siverio (2005), dependendo da frequência e intensidade com que se sente, pode deixar de ser adaptativo, levando a quadros de depressão. Podemos ter principalmente a síndrome pós-aborto (PAS) (SDERBERGER, 2000), transtorno de estresse agudo (ASD), transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) e transtorno de ajustamento (AD) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002); e muitas vezes, devido à alta comorbidade psicológica relacionada ao aborto, eles tendem a ocorrer ao mesmo tempo (VALDIVIA, 2002; CARVAJAL, 2002). A depressão causada por um aborto, independente da causa ou das situações envolvidas, é uma condição oculta e ignorada, sendo muito importante e necessária à prevenção e o

tratamento (KLIER; GELLER; NEUGEBAUER, 2000). Os autores afirmam que a lembrança e os sentimentos não resolvidos sobre o aborto se convertem em fontes de pressão, que podem surgir anos depois em formas inesperadas. As emoções não resolvidas demandarão atenção cedo ou tarde, com frequência através do desenvolvimento de perturbações emocionais ou de comportamento (KLIER; GELLER; NEUGEBAUER, 2000).

Bouquet de Durán (2012) nos convida a refletir sobre a complicação obstétrica que é o aborto espontâneo, que na maioria das vezes desencadeia transtornos mentais com suas respectivas consequências na esfera social e pessoal. Evidenciando a necessidade de apoio psicológico à mulher durante sua internação e após a alta hospitalar. Relatam a importância da rede social de apoio desempenhar um papel fundamental na recuperação física e psicológica da mulher que vivencia um aborto. Quando o suporte social é deficiente, é difícil superar o trauma.

Soubieux (2014) coloca em evidência que no psiquismo dos pais, o lugar do feto morto, não será o mesmo para todos. O tempo de luto será o tempo de conceber que essa vida existiu e a seguir elaborar que ela deixou de existir. Embora sempre seja carregada de muito sofrimento, a elaboração do luto fetal é possível. Quando a elaboração desta perda se torna possível, leva a uma surpreendente reconstrução psíquica. Segundo a autora o luto fetal é paradigmático, pois se reaviva e prossegue durante as próximas gestações (tanto do casal como das pessoas próximas). Na situação de perda gestacional, o não reconhecimento, por parte da rede de apoio, da intensidade do sofrimento que advém desta perda pode fazer com que seus membros transmitam ao casal a mensagem de que o luto não é necessário, dificultando a concretização desse processo (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2000). O casal precisa fazer ajustamentos a diversos níveis atingidos pela perda: externos (relativos ao funcionamento da pessoa no seu dia a dia), internos (referentes à identidade da sua pessoa e aos diversos papéis que assumem, nomeadamente o de mãe e pai que, na ausência de mais filhos, a pessoa pode não saber se continua ou não a cumprir) e espirituais (abrangendo valores, as crenças e assunções de cada pessoa). Por fim, o processo de luto fica concluído quando a pessoa é capaz de integrar emocionalmente a perda deste bebê perdido e, assim, prosseguir a sua vida. Isso não implica abdicar da relação com o bebê perdido, mas sim geri-la de uma maneira que permita que os pais continuem a vida após a perda.

Os sintomas advindos de uma perda são mais intensos nos primeiros meses após sua ocorrência, variando com relação à sua diversidade e intensidade, sendo notória a variabilidade entre as pessoas (FONSECA *et al.*, 2010; KAVANAUGH; WHEELER, 2003). Os estudos evidenciam que, de maneira geral, a mãe tem uma tendência a demonstrar emoção de uma forma mais ampla e a viver um período de luto agudo mais intenso e com um número maior de manifestações. Isso se deve, por um lado, ao fato de a mulher poder estar mais ligada fisicamente ao bebê, sobretudo quando a perda ocorre nos primeiros meses de gravidez e, por outro, adiciona-se à sobrecarga da vivência física da perda. Sendo a pessoa que carrega o bebê, a mãe pode manifestar maior sentimento de culpa em relação à perda, sentindo-se por vezes responsável pelo desfecho, particularmente quando não é possível identificar uma causa médica para este acontecimento. Já o pai, segundo Sousa e Muza (2011), apresenta tendencialmente uma resposta de luto mais controlada e com menos sinais externos, por sentir a necessidade de “ser forte” e “tomar conta” da esposa. Normalmente, o homem retoma com maior rapidez as rotinas diárias e aos compromissos profissionais (CALLISTER, 2006; JENKINS; HEUSTIS, 2005). Rolim e Canavarro (2001) destacam o papel de fatores como a idade, as características de personalidade, as crenças religiosas, a história de aprendizagens prévias e psicopatologia anteriores influenciam no processo de luto. No domínio relacional, destaca-se o relacionamento entre o pai e a mãe, bem como a ligação ao bebê, associada a fatores como a motivação e o desejo de ter um filho, a duração da gestação e a inexistência de perdas anteriores. Quanto às características do bebê, assumem relevo a natureza e a gravidade dos problemas médicos (se identificados), o tipo e a duração do tratamento, bem como o prognóstico (quando aplicável), o peso e a idade gestacional. Finalmente, o apoio familiar e social disponível, o tipo de relacionamento com a família ampliada e as atitudes dos profissionais de saúde são assumidos como os fatores com maior relevância na rede social (NAZARÉ *et al.*, 2010).

2.5 ASPECTOS SOCIAIS

Não se pode esquecer que uma grande parte desses fetos já possuía um provável nome. Esse tipo de perda constitui um acontecimento particularmente exigente, na

medida em que diz respeito a uma relação que envolve especialmente os pais e familiares mais próximos do bebê e que está ausente não em memórias do passado, mas sim em expectativas de futuro (FONSECA *et al.*, 2010). Muitas vezes, pode ser a primeira experiência de luto dos pais do bebê e na dependência de uma idade mais jovem, afetando simultaneamente ambos os membros da díade conjugal, o que compromete a sua capacidade de apoio mútuo (KAVANAUGH; WHEELER, 2003; LANG; GOULET; AMSEL, 2004). No caso de aborto de repetição, a incerteza sobre o sucesso da gravidez pode se tornar, tanto o homem quanto a mulher, ambivalentes em relação a uma nova gestação. A desinformação dos membros da rede social acerca de como apoiar o casal face à situação de perda, a inexistência funeral ou outros rituais sociais associados à morte de um bebê e a desvalorização do evento, considerado pela sociedade como menos significativo do que a morte de uma criança mais velha ou de um adulto, aumentam a falta de recursos com o que o casal pode se defrontar nessas circunstâncias, influenciando a sua capacidade para lidar com o acontecimento (BROWNLEE; OIKONEN, 2004; FONSECA *et al.*, 2010; ROLIM; CANAVARRO, 2001).

Quanto à questão de gênero, é difícil os homens terem reações depressivas tão fortes quanto à mulher pelo significado que os dois atribuem à perda gestacional. No entanto, cada vez mais tem sido possível observar que relatos de sintomas como depressão e mesmo ansiedade após a perda gestacional começam a fazer parte dos relatos dos homens, mas com especificidades que merecem nossa atenção (LEWIS; AZAR, 2015; OBST *et al.*, 2020).

A presença dos familiares exerce um papel de apoio fundamental à mulher que perdeu seu filho. Poder contar com o auxílio daqueles mais caros e próximos é importante nesse momento (CONWAY; RUSSELL, 2000). O pai do bebê tem sido descrito como uma figura fundamental para a mulher após a perda gestacional (RODRIGUES; HOGO, 2005). Sua presença é significativa e sua ausência provoca desamparo e tristeza, como observa-se nos relatos das mulheres. É possível escutar em falas carregadas de muitas emoções, que ele possui um lugar de quem entende e compartilha a dor experimentada.

Durante a gestação e o puerpério, as mulheres tendem a ficar mais vulneráveis, surgindo muitas vezes um sofrimento psíquico. Em contextos de crise, como na perda

gestacional, o apoio psicossocial torna-se fundamental, a escuta qualificada tem um grande potencial terapêutico, pois possibilita a compreensão e resolução de problemas a partir da disponibilidade, confiança e respeito dos profissionais de saúde envolvidos (COSTA *et al.*, 2011). Surgem muitas emoções e sentimentos com a ocorrência de uma perda gestacional, gerando uma necessidade de atenção e apoio emocional tanto para o casal enlutado como para outros membros da família. Todos os envolvidos podem apresentar um desequilíbrio psicológico, necessitando de reorganização, levando aos profissionais de saúde assumirem interação em todos os momentos da assistência (ROECKER *et al.*, 2012; OLIVEIRA, 2008). O suporte da rede de apoio social é fundamental nas vivências compartilhadas das relações interpessoais que fornecem suporte emocional entre os membros da família (MCCUBBIN; MCCUBBIN, 1993; MCCUBBIN; THOMPSON; MCCUBBIN, 2001). Quando não existe um fortalecimento da rede de apoio social, e quando existe um distanciamento dos profissionais e serviços de saúde em relação a abrangência e especificidade das necessidades referentes à saúde psíquica das mulheres, as mães se tornam mais vulneráveis (OLIVEIRA; POLETTO, 2015). A troca de informações, experiências e vivências nas interações sociais, assim como com os profissionais de saúde podem contribuir no compartilhamento das experiências de cuidado (ASSIS *et al.*, 2013).

As normas sociais parecem perpetuar as expectativas de que os parceiros masculinos não sejam afetados pelo aborto espontâneo. No entanto, as emoções e incertezas entre os homens que sofreram aborto podem ser intensificadas pela marginalização. Em seu trabalho qualitativo, Williams *et al.* (2020) revelam tensões entre pensamentos, sentimentos e identidades assimiladas pelos homens durante e após o aborto. Isso demonstra que alguns homens são profundamente afetados pela ausência do status parental que esperavam anteriormente, manifestando-se em luto, frustração e busca por uma explicação ou propósito. O estudo de William e colaboradores (2020) mostra de forma evidente o sofrimento paterno e reforça as recomendações para homens que estão passando por aborto espontâneo para serem reconhecidas pelos profissionais de saúde.

Em relação ao luto da mãe que perde seu filho, segundo Iaconelli (2007), é inegável a dimensão de recusa social em acolher o sofrimento de que padecem essas mulheres. Muitas vezes, isso ocorre no sentido de um afastamento de modo a se calar

frente à demanda desse outro que enfrenta a perda. Salienta-se ainda que há posturas em que a dor da perda é minimizada, “o objeto” é colocado numa posição de inespecificidade, ao dizer que a mãe não precisaria sofrer, pois poderá ter outro filho. Desta forma, nós, de certa forma, temos práticas enquadradas que criaram a impossibilidade de ouvir essas mães em tais momentos de desespero (COLE, 2012).

Segundo Hudson *et al.* (2012), o luto complicado é evidenciado quando a pessoa experimenta uma desorganização prolongada impedindo seu retorno à suas atividades com a qualidade que tinha antes da perda. Worden (2013) evidencia que podem estar presentes manifestações no processo do luto complicado: expressão de sentimentos intensos que perduram após a perda, durante muito tempo; mudanças radicais no estilo de vida que tendem ao isolamento; somatizações frequentes; episódios depressivos, autoestima baixa e impulso autodestrutivo.

Uma escuta que não interage com esse tipo de sofrimento é prejudicial ao processo de luto, e aponta que ele deve ser considerado “incomum”, pois sugere maneiras que desumanizam socialmente essas situações (LANG *et al.*, 2011). Negar o sofrimento de uma mãe é uma contradição da perda que ela teve e cria um obstáculo para dar sentido à realidade. Essa negação pode comprometer a capacidade de elaboração do luto, configurando como luto não reconhecido (ATTIG, 2004). Haveria uma “confusão de comunicação” entre a mãe que perde o filho e as pessoas que não passaram pelo mesmo evento ou que passaram e já não o reconhecem como tal, no sentido de que o próprio entorno é incapaz de absorver a realidade traumática e relega-a ao plano do descrédito e da indiferença.

Existem traumas estruturantes e necessários como o desmame, o aprendizado do asseio pessoal (AUSTRALIAN BREASTFEEDING ASSOCIATION, 2020), mas em sua vertente desestruturante, a situação traumática coloca em risco o projeto identitário do sujeito por estas vivências traumáticas não poderem ser integradas ao psiquismo (FIGLEY; BRIDE; MAZZA, 1997).

Segundo Doka (1989) a sociedade possui normas e regras de enlutamento, que propõem às pessoas de quem, quando e onde, e por quem deveriam se enlutar, onde aqueles que não têm o luto reconhecido não poderiam expor seus sentimentos, sendo condenados ao silêncio. Portanto, é possível pensar que essa questão toca no que há

de mais primitivo no ser humano: o medo do desamparo, de lidar com a perda e a impotência diante dela. Nesse sentido, torna-se necessário esclarecer que não há linguagem que cicatrize a condição humana por excelência, o desamparo. A primeira dor se instalou. O primeiro trauma, o primeiro luto. Enfatiza-se aqui a importância de um espaço (de se legitimar e acolher esse sofrimento), um lugar para este sofrimento indizível das perdas do agora, que atualizam todas as perdas anteriores, nossas perdas arcaicas, e a nossa primeira dor – a falta.

2.6 A ESCUTA E A ABORDAGEM DO PACIENTE PELAS EQUIPES DE SAÚDE, POR MEIO DA SINGULARIDADE

Existem muitas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde, distinguindo três grandes enfoques: o biomédico, o social e o psicológico. Sendo que cada uma destas abordagens é multifacetada. Temos que reconhecer, que pensando de forma singular que, em um cada momento vivido, vai existir uma escolha diferente, uma predominância de algumas ações ou sintomas ou a emergência de um foco ou mesmo de um tema, sem negar outras possibilidades de ação ou mesmo outros enfoques. São necessárias técnicas relacionais que possibilitam uma clínica compartilhada, que leve em conta, a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar de forma crítica com condutas automatizadas, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com comunidades e com famílias (BRASIL, 2009).

No momento inicial, escuta tem o significado de acolher amplamente os relatos e as queixas do usuário, importante ajudá-lo a reconstruir, respeitando os motivos que motivaram o seu adoecimento e as relações que este estabelece entre a sua vida e o que ele sente, e a sua vida, as relações com as pessoas do seu convívio e com seus desafetos. Ou seja, perguntar como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma (BRASIL, 2009). Deste modo o usuário tem como perceber que, mesmo não resolvendo nas causas, pelo menos nos desdobramentos, e que o adoecimento não é isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, simplesmente por uma conduta unilateral do serviço de saúde de forma mágica. É importante a percepção de que as pessoas não são iguais e que cada um reage de forma diferente a situações vividas. Muitas doenças se iniciam com vivências de períodos difíceis, como vivências

de luto, perda de emprego, prisão de ente querido, entre outros, e a persistência dessas situações pode agravá-las (BRASIL, 2009). É fundamental nestas situações, que a equipe tenha capacidade de escuta e diálogo. É muito difundido o pensamento de que todo sofrimento é solucionado de forma medicamentosa, mas esta visão não deve seduzir uma equipe de saúde que acredita na capacidade de cada ser humano lidar de forma produtiva com vivências difíceis. Aumentar o interesse e o gosto por outras coisas e novos projetos também é importante. A vida é muito mais ampla do que as formas que nós vamos encontrando para que ela se mantenha saudável. O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas como o luto por exemplo. Agir com uma visão da singularidade de cada pessoa é a razão da existência do projeto terapêutico, atuando em função de um sujeito singular e junto com ele, é determinada a ação de saúde a ser oferecida, objetivando produzir saúde (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2005).

Na perda gestacional, para que a equipe de saúde consiga ouvir e falar sobre aquilo que os perpassa acima de tudo enquanto sujeitos humanos, suportando assim os limites, sem abandonar o paciente e sua família, temos que organizar o trabalho em equipe em uma perspectiva de interprofissionalidade. A mudança do trabalho em equipe multiprofissional, para uma perspectiva de interprofissionalidade, melhora a produção do cuidado aos usuários (REEVES, 2016).

A interprofissionalidade vincula-se: à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012).

A equipe interprofissional (EIP) favorece a implementação da prática colaborativa em saúde, uma vez que esta pressupõe a incorporação da experiência de profissionais de diversos núcleos do conhecimento, estimulando a comunicação entre eles e a tomada de decisão, levando a uma integralidade do cuidado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

2.7 PRECEITOS ÉTICOS: O CONCEITO DE VULNERABILIDADE, DO DIREITO À SAÚDE COLETIVA

A palavra vulnerabilidade traz na sua concepção um sentimento de fragilidade e é um termo presente em várias áreas, principalmente no campo dos Direitos Humanos.

O conceito de vulnerabilidade, do Direito à Saúde Coletiva, é interdisciplinar e pode ser aplicado a inúmeros campos temáticos, remetendo ao sentido de fragilidade (SEVALHO, 2018).

Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade tem presença: na Bioética, na Saúde Mental, na Saúde Ambiental e na Epidemiologia. Em dimensão mais ampla, é referenciado à ciência do Direito, onde constitui tema de debate (SEVALHO, 2018). Gárate (2007 *apud* SEVALHO, 2018) esclarece que reconhecer pessoas que têm sua capacidade de agir e se defender enfraquecida, por razões sociais ou biológicas, requer ações que possam garantir direitos para aqueles que necessitam de uma proteção diferenciada. Na área do direito internacional a visão dos direitos humanos tem como valor essencial o princípio de igualdade e não discriminação.

Segundo Sevalho (2018), inclui-se nestas perspectivas a normalização e a ação afirmativa do Estado para promover a inserção social das pessoas fragilizadas.

A elaboração da ideia de vulnerabilidade compõe-se, do indivíduo ao coletivo. O significado da palavra vulnerável refere-se a ferida, dano físico, emocional ou social, que num sentido figurado, remete a um sentido de magoar, ofender, ferir sentimentos ou moral. Vulnerabilidade traz à consciência nossa condição de humanidade (SEVALHO, 2018).

Segundo Feito (2007), o termo "vulnerabilidade" contém grande complexidade. Refere-se à possibilidade de dano, à finitude e à condição mortal do ser humano. No entanto, tem dimensões diferentes. Pelo menos uma dimensão antropológica, que afirma a condição de vulnerabilidade do ser humano enquanto tal, e uma dimensão social, que sublinha uma maior suscetibilidade gerada pelo ambiente ou pelas condições de vida, dando origem a "espaços de vulnerabilidade" e "populações vulneráveis". A dimensão social nos leva a falar de capacidades e reconhecimento como elementos-chave do vínculo entre os seres humanos que está na base da

obrigação moral. Esta obrigação é fundamentalmente de cuidado e solidariedade no âmbito da justiça.

Para Ayres e colaboradores (2003), uma parcela expressiva dos profissionais da saúde não está familiarizada com o conceito de ‘vulnerabilidade’, apesar de ele já estar em uso desde a década de 1990. Para eles, vulnerabilidade é um conceito, simultaneamente, construto e construtor com uma visão de uma percepção ampliada e reflexiva, colocando no foco as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelo coletivo, em suas relações com o mundo que a cerca nos seus contextos de vida.

Um olhar mais atento sobre vulnerabilidades, deve incluir, fundamentalmente, a consideração dos contextos singulares de cada indivíduo e os contextos coletivos envolvidos (OLIVEIRA, 2008).

2.8 REFERÊNCIAS DA SESSÃO

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR**. Barcelona: Masson, 2002.

AQUINO, E L. **Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde**. 2012. 193 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-22042013-161954/pt-br.php>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

ARANHA E SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-449, maio/jun. 2005.

ASSIS, F. A. G. *et al.* A família da criança com necessidades especiais de saúde: o processo de enfrentamento e adaptação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 736-743, 5 dez. 2013.

ATTIG, T. Disenfranchised grief revisited: discounting hope and love. **Omega**, v. 49, n. 3, p. 197-215, 2004.

AUSTRALIAN BREASTFEEDING ASSOCIATION. **Lactation after infant death**. Melbourne: ABA, 2020.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.).

Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad FNEPAS**, v. 2, n. 1, p. 25-28, 2012.

BAZOTTI, K. D. V.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto contexto - Enfermagem**, v. 18, n. 1, mar. 2009.

BOUQUET DE DURÁN, R. I. Aborto espontâneo. **liber.**, v. 18, n. 1, p. 53-58, ene./jun. 2012.

BOWLBY, J. **Attachment and Loss:** Attachment. New York: Basic, 1969. v. 1.

BOWLBY, J. **Attachment and Loss:** Loss: Sadness and Depression. New York: Basic Books, 1980. v. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento:** norma técnica (NTAHA). 2. ed. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BROWNLEE, K.; OIKONEN, J. Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. **The British Journal of Social Work**, v. 34, n. 4, p. 517-529, 1 Jun. 2004.

CALLISTER, L. C. Perinatal loss: a family perspective. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**, v. 20, n. 3, p. 227-234, 2006.

CANÁRIO, A. C. M. **Ajustamento psicológico e relacionamento conjugal em casais na gravidez e pós-parto**. 2009. 193p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de Minho, 2009.

CARVAJAL, C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatria**, v. 40, supl. 2, p. 20-34, 2002.

COLE, M. International Board of Lactation Consultant Examiners - IBCLC, Registered Lactation Consultant - RLC. Lactation after Perinatal, Neonatal, or Infant Loss. **Clinical Lactation**, n. 3-3, p. 94-100, 2012.

CONWAY, K.; RUSSELL, G. Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. **British Journal of Medical Psychology**, v. 73, n. 4, p. 531-545, Dec. 2000.

CORBELLA, J. **Tristezas y depresión**. Barcelona: Folio, 1994.

COSTA, A. L. R. C. *et al.* O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, 2011. p. 195-202.

CURI, P. L. **(In)fertilidade do corpo e a trama psíquica**. 2012. 239 f. Tese (Doutorado em psicologia clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15149/1/P_aula%20Land%20Curi.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

DÍAZ, V. *et al.* Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo. **Biblioteca Lascasas**, v. 4, n. 1, 2008.

DOKA, J. K. **Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow**. Lexington: Lexington Books, 1989.

DOMINGOS, S. R. F. *et al.* Experiência de mulheres com aborto provocado na adolescência por imposição da mãe. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, jul.-ago. 2013.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 177-181, 2010.

FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto: em busca de um consenso**. Campinas: Komedi, 2004.

FEITO, L. Vulnerabilidad. **Anales Sis San Navarra**, v. 30, suppl. 3, p. 7-22, 2007.

FIGLEY, C. R., BRIDE, B. E., MAZZA, N. (Eds.). **The series in trauma and loss. Death and trauma: the traumatology of grieving**. London: Taylor & Francis, 1997.

FONSECA, A. D. *et al.* Especificidades da perda perinatal: implicações para os agentes de intervenção. In: JORNADAS PERITIA: Psicologia e Perda Gestacional, 1., 2010, Oliveira do Bairro. **Anais...** Oliveira do Bairro: Peritia, 2010.

FORMOZOL, A. G. *et al.* As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 124-7, jan./mar. 2012.

GARCÍA, M.; SIVERIO, M. La tristeza en niños, adolescentes y adultos: un análisis comparativo. **Infancia y aprendizaje**, v. 28, n. 4, p. 453-469, 2005.

GONDIM, M.; FERREIRA, A. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 183-189, 2010.

HUDSON, P. *et al.* Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. **Journal of Palliative Medicine**, v. 15, n. 6, p. 696-702, 2012.

IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, n. 4, p. 614-623, dez. 2007.

JENKINS, M.; HEUSTIS, J. **Companioning at a time of perinatal loss**: a guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers. Fort Collins: Companion Press, 2005.

KAVANAUGH, K.; WHEELER, S. R. When a baby dies: caring for bereaved families. In: KENNER, C.; LOTT, J. W. (Eds.). **Comprehensive neonatal nursing: a physiologic perspective**. 3. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2003. p. 108-126.

KLIER, C. M.; GELLER, P. A.; NEUGEBAUER, R. Minor depressive disorder in context of miscarriage. **Journal of Affective Disorders**, v. 59, n. 1, p. 13-21, Jun. 2000.

LANG, A. *et al.* Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. **Omega** (Westport), v. 63, n. 2, p. 183-196, 2011.

LANG, A.; GOULET, C.; AMSEL, R. Explanatory model of health in bereaved parents post-fetal/infant death. **International Journal of Nursing Studies**, v. 41, p. 869-880, 2004.

LAZARUS, R.; LAZARUS, B. **Pasión y razón**: la comprensión de nuestras emociones. Barcelona: Paidós, 2000.

LEWIS, J.; AZAR, R. Depressive symptoms in men post-miscarriage. **World Journal of Men's Health**, v. 11, n. 5, p. 8-13, 2015.

MCCUBBIN, H. I.; THOMPSON, A. I.; MCCUBBIN, M. A. **Family measures**: stress, coping and resiliency: inventories for research and practice. Honolulu, Hawaii: Copyright, 2001.

MCCUBBIN, M. A.; MCCUBBIN, H. I. Families coping with illness: the Resiliency Model Family Stresse, Adjustment, and Adaptation. In: DANIELSON, C.; HAMEL-BISSELL, B.; WINSTEAD-FRY, P. **Families, Health & Illness**. Perspectives on coping and intervention. St Louis: Mosby-Year Book, 1993. p. 21-63.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende - Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NAZARÉ, B. *et al.* Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. **Peritia - Edição Especial: Psicologia e Perda Gestacional**, v. 3, n.1, p. 37-46, 2010.

NERY, I. S. *et al.* Vivência de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 1, p. 67-73, 2006.

NONNENMACHER, D. *et al.* Abortion: a review of women's perception in relation to their's partner's reactions in two Brazilian cities. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 60 n. 4, p. 327-334. 2014.

NUNES, R. O diagnóstico pré-natal da doença genética. In: NUNES, R.; MELO, H. (Coord.). **Genética e reprodução humana**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2000. p. 81-132.

OBST, K. L. *et al.* Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 11, 2020.

OLIVEIRA E SILVA, A. C.; NARDI, A. E. Cognitive-behavioral therapy to miscarriage: results from the use of a grief therapy protocol. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 38, n. 3, p. 122-124, 2011.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P; CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 273-287.

OLIVEIRA, I. G.; POLETTO, M. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. **Revista SPAGESP**, v. 16, n. 2, p. 102-119, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Redes de profissões de saúde - Enfermagem e obstetrícia - Recursos humanos para a saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/>. Acesso em: 24 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes**. Geneva: WHO, 2007.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Family-centred maternity and newborn care: National guidelines**. Ottawa: PHAC, 2000.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface**, v. 20, n. 56, jan.-mar. 2016.

RIBEIRO, F. R. G.; SPINK, M. J. P. Repertórios interpretativos na controvérsia sobre a legalização do aborto de fetos anencefálicos. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. spe., p. 63-71, 2011.

RODRIGUES, M. M. L.; HOGO, L. A. K. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 39, n. 3, p. 258-267, 2005.

ROECKER, S. *et al.* A vivência de mães de bebês com malformação. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 17-26, 2012.

ROLIM, L.; CANAVARRO, M. C. Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In: CANAVARRO, M. C. (Eds.). **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto, 2001.

SALOMÃO, A. J. Abortamento espontâneo. In: NEME B. (Org.). **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 890-897.

SDERBERGER, H. 500 mil víctimas del síndrome postaborto en EE:UU. **Archives of General Psychiatry**, 2000.

SEVALHO, G. The concept of vulnerability and health education based on the teory laid out by Paulo Freire. **Interface**, v. 22, n. 64, p. 177-88, 2018.

SOUBIEUX, M. J. Le deuil après une mort prénatale: le deuil périnatal, un impensable à penser. Le **Carnet PSY**, v. 185, n. 9, p. 22-24, 2014.

SOUSA, E. M.; MUZA, J. C. **Quando a morte visita a maternidade**: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal. 2011. Monografia (Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

VALDIVIA, M. Trastorno por estrés postraumático en la niñez. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatría**, v. 40, supl. 2, p. 76-85, 2002.

WILLIAMS, H. M. *et al.* Men and miscarriage: a systematic review and thematic synthesis. **Qualitative Health Research**, v. 30, n. 1, p. 133-145, 2020.

WORDEN, J. W. **Grief Counseling and Grief Therapy**: a handbook for the mental health practitioner. New York: Springer, 2013.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a condição emocional materna para retorno as atividades profissionais após duas semanas de perda gestacional espontânea, como pauta a lei brasileira diante da perda de seus bebês nascidos até 22 semanas de gestação.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as condições emocionais maternas e suas vivências, 30 dias após a perda gestacional de bebês nascidos até 22 semanas.
- Conhecer a dor paterna tanto pelas narrativas das mães entrevistadas como dos breves relatos de alguns pais presentes nas entrevistas.
- Identificar a condição emocional dos pais para conseguir manter a rotina de trabalho após uma perda gestacional.
- Avaliar as vulnerabilidades trabalhistas, maternas e paternas, em situação de aborto espontâneo.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa qualitativa, longitudinal, prospectiva realizada com pais que perderam seus bebês de forma espontânea com menos de 22 semanas de gestação.

A escolha da metodologia qualitativa se deve ao fato de que pretendemos a compreensão e não as explicações dos fenômenos estudados. Segundo Minayo (2004), na pesquisa qualitativa busca-se a compreensão fenomenológica e não a explicação fenomenológica. Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão e que certamente o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, ponto de vista e de observação. O método qualitativo tem técnica e procedimento mais adequados para descrever e compreender as relações dos sentimentos e significados dos fenômenos humanos referidos neste campo. Logo, busca-se por meio da metodologia qualitativa, conhecer mais profundamente o objeto de estudo, ou seja, percepções, significados, explicações e relevâncias, pois o que se preocupa é com a verdadeira realidade a ser estudada, tentando compreendê-la para além do fato observado.

A escolha da entrevista semiestruturada se deve ao fato dela facilitar questionamentos e impedir o pesquisador de manter-se preso a dados coletados sucintos. Ela fornece informações mais extensas, mais detalhadas levando a uma melhor compreensão do olhar do outro sob o objetivo do trabalho.

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL

Mulheres que tiveram perda gestacional espontânea com menos de 22 semanas admitidas na Maternidade Odete Valadares (MOV) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), referência para alto risco obstétrico em Belo Horizonte - Minas Gerais, no período de fevereiro a outubro de 2019. E seus companheiros, caso estivessem presentes. O número total de participantes foi determinado pelo critério de saturação.

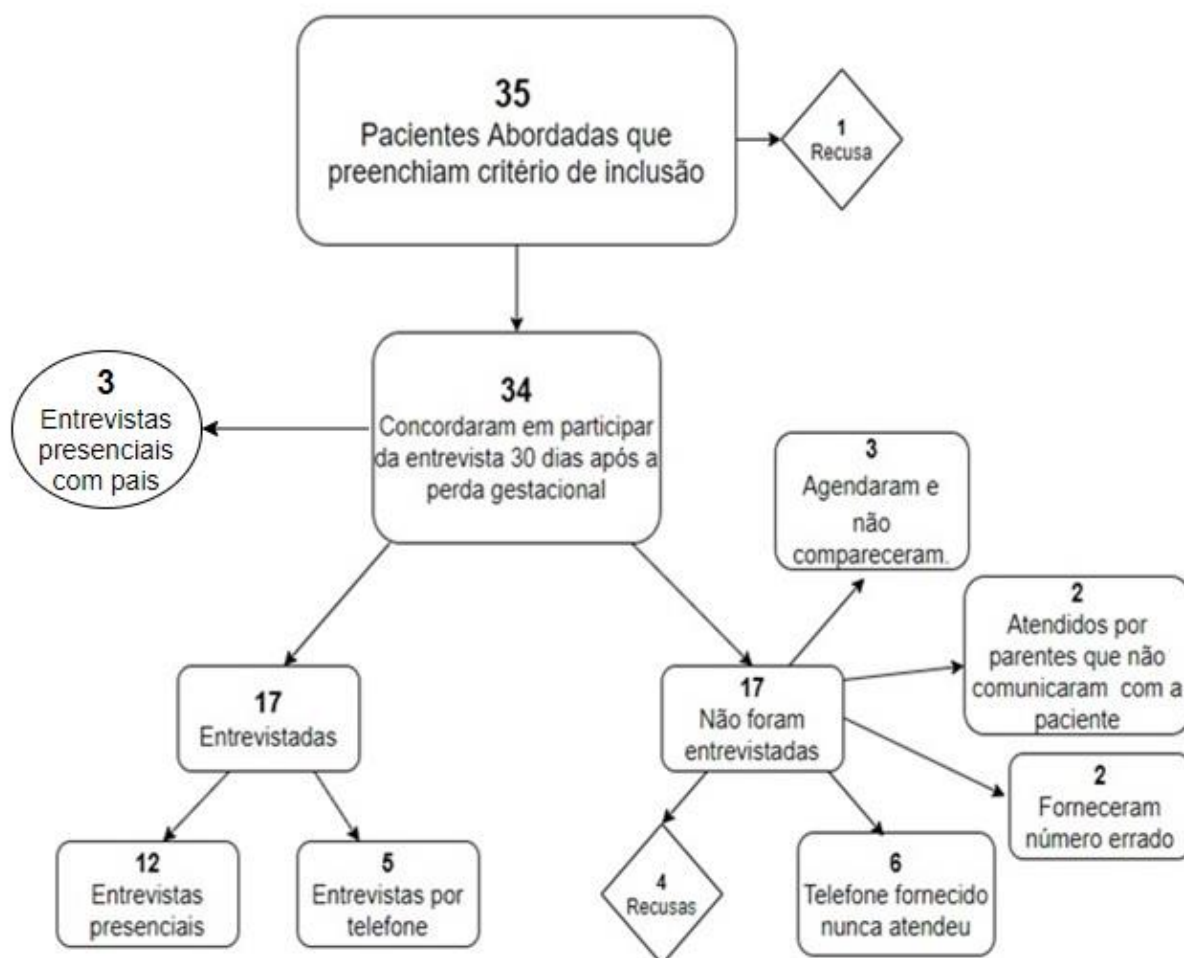


Figura 1: Fluxograma representativo da população participante.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 1 são descritas as características de 17 mães que concordaram em participar da entrevista 30 dias após a perda gestacional.

Tabela 1: Dados demográficos de 17 mulheres com história de abortamento no período de fevereiro a outubro de 2019, na Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG.

M	Idade	Escolaridade	Trabalhador formal	Paridade	Filhos vivos	Idade gestacional da perda (semanas)	Presença de acompanhante	Presença do pai
M1	27	Nível médio incompleto	Sim	2	1	9,1	Sim	Não
M2	36	Pós-graduação	Não	2	0	16	Sim	Não
M3	27	Nível médio incompleto	Sim	2	0	8,5	Sim	Sim
M4	37	Médio completo	Sim	3	1	7	Não	Não
M5	34	1º grau incompleto	Não	3	1	19,3	Sim	Sim
M6	39	Superior	Não	3	1	11,6	Sim	Sim
M7	26	Médio completo	Não	1	0	11	Não	Não
M8	25	Médio completo	Não	1	0	12	Sim	Não
M9	40	Nível médio incompleto	Não	2	1	9,4	Sim	Não
M10	29	1º grau completo	Sim	3	1	11,6	Não	Não
M11	35	Superior	Sim	2	1	*285g	Não	Não
M12	20	Superior incompleto	Sim	1	0	12,1	Sim	Sim
M13	38	1º grau incompleto	Sim	6	3	15	Não	Não
M14	31	Superior	Sim	2	1	11,6	Sim	Sim
M15	35	Médio completo	Sim	1	0	9,2	Não	Não
M16	32	Médio completo	Sim	6	5	11,4	Não	Não
M17	21	Médio completo	Sim	1	0	13,1	Sim	Não

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2: Características das mães participantes e sua representatividade

Características das mães	Porcentagem
Primigesta	29,41%
Casadas	64,70%
Com carteira assinada	64,70%
Escolaridade ensino médio	52,94%
Uso de fumos e drogas	0%
Intercorrência na gestação	11,76%
Sem acompanhante	41,17%
Acompanhadas pelo parceiro	29,41%
Acompanhadas pela mãe	11,76%
Acompanhadas pelo pai	11,76%

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3: Dados estatísticos da idade gestacional da ocorrência da perda

Idade gestacional	Semana
Mínima	7
Máxima	19,3
Média	10,5
Mediana	11,5

Nota: Um feto sem idade gestacional com peso de 285 g.

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.1 Critérios de inclusão

Mães que tiveram perda gestacional espontânea com menos de 22 semanas, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) concordando em participar do estudo e cujos companheiros(as) ou representantes legais também concordaram com sua participação e assinaram também o TCLE.

4.2.2 Critérios de exclusão

- Pais não residentes em Belo Horizonte;
- mães de gravidez gemelar com perda de apenas um de seus conceitos;
- pais com quadros psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, síndrome do pânico e outros quadros psicóticos);
- pais com deficiência intelectual, isto é, com dificuldade de raciocínio e compreensão;
- aborto legal;
- mães que tenham história de depressão pós-parto em gestação anterior e pai com história de depressão anterior.

4.3 INSTRUMENTOS

Foram realizadas 2 entrevistas semiestruturadas.

A entrevista é uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Para Marconi e Lakatos (2003, p. 198) e Gil

(1999, p. 118-119) as vantagens baseiam-se em: Não exige que a pessoa entrevistada saiba ler e escrever; oferece flexibilidade, pois o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista; possibilita captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase nas respostas; há possibilidades de conseguir informações mais precisas, podendo ser comprovadas, de imediato, as discordâncias; possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, como também a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano; os dados obtidos são suscetíveis de classificação e de quantificação.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas. A primeira entrevista foi realizada ainda durante a internação na maternidade nas primeiras 24 horas após a perda gestacional, oportunidade na qual foram coletados também os dados demográficos (APÊNDICE A). Esse protocolo consta de dados obstétricos anteriores da mãe e dados da gestação atual que foram obtidos em seus prontuários clínicos.

A segunda entrevista foi realizada um mês após a perda gestacional na residência do paciente ou local escolhido por elas. Nessas entrevistas foram utilizadas perguntas norteadoras (APÊNDICE B) para verificar percepções do momento que estavam vivendo, percepções sobre adaptação à rotina de vida pós-perda e percepções sobre o luto e qualidade do exercício profissional. As entrevistas foram feitas, gravadas e transcritas (pela própria pesquisadora) na sua totalidade e inclui os elementos marginais: interrupções, risos, choros, reticências, mudanças de assunto, entre outros para análise do conteúdo segundo preconizado por Waitzkin (1991). A importância do gravador é que ele vai dar informações e permite observar pausas, silêncios bem como a prosódia das falas registradas.

4.5 PROCEDIMENTOS DA ANÁLISE DOS DADOS

O material obtido foi submetido a análise de conteúdo e posteriormente a análise temática dos dados.

Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática que significa descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objetivo da análise, já que os núcleos temáticos utilizados para a categorização dos dados obtidos centram-se em palavras ou sentidos contidos nas falas dos entrevistados (MINAYO, 2004). Podemos considerar que, embora todas as situações humanas, incluindo o *setting* da entrevista clínico-psicológicas, sejam sempre originais e únicas, isto não impede a identificação de elementos ali ocorrentes que guardem um grau de homogeneidade entre si e que se repetem com mais frequência, pois o individual não exclui o geral, nem a possibilidade de introduzir a abstração e categorias de análise (BLEGER, 1998 *apud* TURATO, 2003).

A partir dos núcleos de sentido encontrados nas entrevistas, usando as perguntas norteadoras, foram encontrados sintomas que deram origem as categorizações. Após as categorizações foi verificado na literatura se havia referência a cada um deles.

4.5.1 Análise dos dados

A análise das entrevistas foi feita por meio de escuta e leitura minuciosa das narrativas e os aspectos **significativos** foram organizados em núcleos de sentido ou propriedades emergentes (TURATO, 2003), sendo oito as categorias centrais identificadas, descritas a seguir.

4.5.2 Categorização

- 1) Sintomas do luto
 - a) Relato de culpas, fracasso e vergonha.
 - b) Funcionamento nostálgico e busca de evidências da existência deste bebê.

- c) Sintomas emocionais (dificuldades de adormecer, de concentração, irritabilidade etc.).
 - d) Vivência corporal feminina.
 - e) Relacionamento com outras pessoas (projeção em outras mães).
- 2) Tempo de retorno ao trabalho e a rotina.
 - 3) Não reconhecimento do luto pela sociedade.
 - 4) Luto e espiritualidade (busca de amparo na religião).
 - 5) Relação cuidador (hospital)/paciente.
 - 6) Dor paterna do ponto de vista da mãe e relatada pelos pais.
 - 7) Querer alguém consigo (presença do pai do bebê ou de sua mãe).
 - 8) Quem é este bebê (lugar já marcado na família ou entidade abstrata que não conseguem nomear?).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para assegurar a privacidade e garantir o sigilo das participantes, foram utilizados números para identificar o relato de todas os entrevistados (Mãe 1) = (M 1), (Pai 1) = (P 1).

O projeto de estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição onde foi realizada a pesquisa, conforme Parecer do Departamento de Pediatria da FM/UFMG (ANEXO D) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), parecer número ETIC 3.082.705 (ANEXO E).

4.7 REFERÊNCIAS DA SESSÃO

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa:** construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

WAITZKIN, H. **The politics of medical encounters:** how patients and doctors deal with social problems. New Haven: Yale University Press, 1991. 320p.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em forma artigo científico original.

- Artigo 1 - *An unrecognizable pain: Neonatal loss and the needs of fathers* [Uma dor não reconhecida: necessidade de assistir o pai, na perda gestacional], publicado no *American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences* e explicitado no item 5.1 e no site <https://www.acseusa.org/journal/index.php/aijhass/article/view/93>.
- Artigo 2 - *A mother's account about lactation in the context of perinatal death* [Relato de uma mãe sobre a lactação no contexto da morte perinatal], publicado no *American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences* e explicitado no item 5.2 e no site <https://www.acseusa.org/journal/index.php/aijhass/article/view/94>.
- Artigo 3 - *Gestational loss: emotional and legal aspects* [Perda fetal: aspectos emocionais, éticos e legais], publicado no *American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences* e explicitado no item 5.3 e no site <https://www.acseusa.org/journal/index.php/aijhass/article/view/216>.

5.1 ARTIGO 1

American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences
 Vol. 2, No. 3; 2020
 ISSN 2643-0061 E-ISSN 2643-010X
 Published by American Center of Science and Education, USA

An Unrecognizable Pain: Neonatal Loss and The Needs of Fathers

Gláucia Maria Moreira Galvão

School of Medicine
 Federal University of Minas Gerais, Brazil
 E-mail: gmmgbh@gmail.com

Denise Streit Morsch

Clinical Psychologist, Consultant for Humanized Care for the Newborn
 Kangaroo Method, Ministry of Health, Rio de Janeiro, Brazil
 E-mail: denisemorsch@yahoo.com.br

Eduardo Carlos Tavares

Medicine Department of PUC-Minas, Betim, Minas Gerais, Brazil
 E-mail: eduardoctavares@gmail.com

Maria Cândida Ferrarez Bouzada

Department of Pediatrics, School of Medicine
 Federal University of the State of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil
 E-mail: bouzada@medicina.ufmg.br

Steven Eric Byrd

Department of Society, Culture, and Languages
 University of New England, Biddeford/Portland, Maine, USA
 E-mail: sbyrd@une.edu

Abstract

Objective: Verify the mourning and paternal suffering in the context of perinatal death, through interviews with the mothers that suffered a gestational loss.

Methods: This study has a qualitative, longitudinal, and prospective research realized through two semi-structured interviews with parents who lost children with less than 22 weeks of gestation at the high-risk maternity ward at a public hospital, in Belo Horizonte, Brazil, from February-October 2019. In the interviews, a vital trait was paternal suffering, as evidenced by the mother's speech. This matter brought the authors attention.

Results: The interviews in this study show evidence that men need to be tended regarding the time of neonatal loss. The women's interviews expressed the suffering of their companions and demonstrated how they wished to share their pain with them during their period of mourning. The mothers provide evidence that they feel the need of their partners during gestational loss.

Conclusions: Paternal suffering following neonatal loss is often ignored and forgotten about. Further research and directives of support, including supporting neonatal loss as part of the healthcare system, and meaningful steps to ensure quality treatment, are essential for making progress in this overlooked area.

Keywords: Mourning, Professional Training, Neonatal Death, Disenfranchised Grief.

1. Introduction

Neonatal loss is a topic that warrants attention, as it carries with it significant emotional pain, for the mother as well as for her partner. Also, it has the potential of creating future problems in the conjugal and family relationship. Such issues include emotional outbursts and an overall lack of interest in life, which can affect the other children of the family and work – and involve both the mother and her partner (Brasil, 2017). Recent scholarship has raised awareness on this issue, which is mostly invisible in modern-day society but is one which carries significant emotional suffering for the families involved (Frøen et al., 2016; Heazell et al., 2016; Horton & Samarasekera, 2016; Aguiar & Zornig, 2016).

The impact and consequences of losing a child for the parents, families, healthcare professionals, and society should not be ignored. They should instead be examined both in the neonatal period as well as subsequent periods. The adverse effects, particularly in the mental health of the parents, can be alleviated through empathetic practices and personalized interventions, practised in a sensitive and individualized manner (Heazell et al., 2016).

Neonatal loss encompasses, in addition to the suffering associated with the loss of the baby that the couple planned and desired, secondary losses that can intensify the mourning process, even when it occurs in the first weeks of pregnancy. These secondary losses can cause changes in the family structure that was in the planning stages. These include: losses in the opportunity of parenting; losses in stature or social identity associated with pregnancy and life in general; losses in the feeling of security and a sense of control over life; losses in self-esteem and of control over one's body (Aguiar & Zornig, 2016; Callister, 2006; Heustis, Jenkins & Wolfelt, 2005).

Studies generally indicate that mothers tend to show more emotion and go through a more intense period of mourning and a more significant number of emotional manifestations (Aguiar & Zornig, 2016; Brownlee & Oikonen, 2004; Fonseca et al., 2010). This is attributed to the stronger physical bond to the baby, above all when the loss occurs in the first months of pregnancy and therefore having the additional emotional overload of physically going through the loss of the child. That is, being the person physically attached to the baby, mothers can feel a heightened sense of guilt, feeling personally responsible for the loss, even when there is no clear medical explanation for it. Fathers tend to show more controlled responses during the mourning process, feeling the need to "be strong" and "take care" of his spouse. In general, men get back to their daily routines and professional lives more quickly than women (Callister, 2006; Heustis et al., 2005). Moreover, men are guided to such conducts, given that there are no worker rights protections for them in these situations, as well as general social and cultural norms governing their behaviour. Considering these gender disparities in the mourning process (designated as "incongruous mourning"), the loss of a child can accentuate tensions in conjugal relations (Callister, 2006) if not given proper attention by the family, by society, and by healthcare professionals.

Hence, the present study aims to verify paternal mourning through interviews of mothers, as well as through the accounts of some of the fathers present during the interviews with the mothers.

2. Methodology

This case study is one of qualitative, longitudinal, and prospective research realized through two semi-structured interviews with parents who lost children with less than 22 weeks of gestation at the high-risk maternity ward, Maternidade Odete Valadares of the Fundação Hospitalar de Minas Gerais, in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, during the months of February-October 2019. In the interviews, one of the noteworthy traits was paternal suffering, as evidenced by the mothers, as well as by the fathers themselves that were present during the second round of interviews. These caught the authors' attention to this topic.

The initial contact with the participants was realized during their admittance to the maternity ward, during the first 24 hours following their neonatal loss. The first interview was also conducted during this period, whereby the

patients' data were collected to aid our analysis. The data consist of prior and recent obstetric data of the mother, as well as demographic data.

The second interview took place one month following the neonatal loss, realized in the home of the patient or at an area designated by her. In this interview, guided questions were used to verify her perceptions of that moment, her perceptions about her adaptation to daily life following her loss, and her perceptions about mourning and the quality of her professional activities. The analysis of the interviews was conducted by careful listening to and reading of the transcripts, which were organized into nuclei of meaning and meaningful utterances.

To protect the privacy and anonymity of all the interviewees, codes are used: Mother 1 = M1, Mother 2 = M2, Father = F, etc.

3. Ethical Standards

This study was approved by the Committee of Ethics at the Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Hospital Foundation of the State of Minas Gerais, Brazil), and by the Committee of Ethics in Research at the Universidade Federal de Minas Gerais (the Federal University of the State of Minas Gerais, Brazil), Research Approval Code: 2.727.563: 2.727.563.

4. Results

Initially, there were 34 mothers who submitted paperwork for inclusion in this study. All of them agreed to an interview 30 days following their neonatal loss. However, only 12 of the original 34 participants provided interviews. The demographic data of the 12 mothers that agreed to an interview are found in Table 1.

Table 1. Demographic data of 12 women who lost children, February-October 2019.

Education level	Formal work	Pregnancies	Living children	Age of the baby at the time of loss (in weeks)	Presence of a companion	Presence of the father	Education level
27	Incomplete High School	Yes	2	1	9,1	Yes	No
36	Graduate School	No	2	0	16	Yes	No
27	Incomplete High School	Yes	2	0	8,5	Yes	Yes
37	High School	Yes	3	1	7	No	No
34	Incomplete Middle School	No	3	1	19,3	Yes	Yes
39	School	No	3	1	11,6	Yes	Yes
26	University	No	1	0	11	No	No
25	High School	No	1	0	12	Yes	No
40	High School	No	2	1	9,4	Yes	No
29	Incomplete High School	Yes	3	1	11,6	No	No
35	Middle School	Yes	2	1	*285g	No	No
20	University	Yes	1	0	12,1	Yes	Yes

5. Results and Discussion

The existence of paternal suffering, recognized by their partners, was one of the more significant discoveries in our study. From the women's accounts, the fathers' pain was notable, and that they attempted to control their feelings as

a way to help the mothers cope with their losses. Regarding the question of gender, some studies on neonatal loss indicate that, as women are the ones who carry the baby, a greater sense of guilt can manifest in them in contrast to men. As for the men's part, according to Souza and Muza (2011), they usually offer more controlled responses to neonatal loss due to the need to present themselves as "strong", and as a means to provide emotional support for women. Moreover, men typically have lower levels of depression in contrast to women, due to the type of meaning they assign to neonatal loss. However, there are symptoms like depression and anxiety in men following the neonatal loss, with specifics which warrant attention (Lewis & Azar, 2015; Obst et al., 2020).

Note the following women's accounts from our interviews:

"The father suffers too as well. A man doesn't show much, right? A man remains more restrained, [but] they suffer a lot." (M7).

"Besides the concerns about the loss [of the child] and all that, there is the worry about me. Just like he said: 'it was more devastating for me because I saw you suffering, you not feeling well.' That's the type of suffering he goes through. He said it was devastating for him because of that [loss]. So, he was worried: 'Gosh, when is this going to end? Is she ok?' Yes, he was anxious." (M7).

"They say that the father doesn't feel anything. He does. And for a man, it is even worse because he bottles it up. A woman talks a lot; she talks a lot. And I would stay in the room, I spoke with my girls, one supporting the other. But a man doesn't do that. He stays quiet. So, he suffers more." (M7).

"How does a father not stay with his wife? The mother just lost a child. And the child is his too; it's not just the mothers. Why can't he can't stay home for a day? What about his feelings?" (M5).

"He didn't cry at all; he wanted to be strong so that two weren't there crying. Who was going to support us at that moment?" (M3).

"My husband has difficulty in expressing himself and speaking about what he feels inside, but I can see it in his attitudes, in the way he acts, that this situation impacted him deeply on a psychological level. I believe this must affect his work." (M2).

"With me, he isn't able to talk about it, because he is afraid that I will get hurt. And I am also not able to speak openly with him like I would like to, because he gets upset. So, he doesn't show his feelings to support me. [It's] like that, you understand?" (M1).

The father's presence with the baby

The presence of family members plays a fundamental role in supporting women who have lost children; to be able to count on support from those closest to them is essential (Conway & Russell, 2000). The father of the baby has been shown to be an actual figure (Rodrigues & Hogo, 2005) to the mother following a neonatal loss. His presence is significant, and his absence can cause a sense of helplessness and sadness in women, as we have observed in our accounts of women who have lost babies. It is possible to hear in their speech, one which is full of emotion, that he does play an essential role in sharing this painful experience with her. This is evidenced in the following accounts:

"And there you are alone, and you have no one with you, no one to speak with about anything. Right? You are alone. To have someone there at least to give you a hand at that moment, to spend the night. I think that if a man had at least the day off from work would be interesting, for women." (M4).

"My husband went back to work. And the day he told me about it I said, 'my God.' Then he went back to work, my God, what am I going to do? I didn't want to be alone." (M5).

"If he had not been there, it would have been... [she quickly continues]. It would have been worse; the suffering would have been greater for certain." (M3).

"You can have your whole family present, but the only person that I want to talk to is the father. He wants to know what I'm going through, he can talk more openly about this topic because he is going

through the same thing as me, maybe not as intense as what I went through, but he is there and is seeing the same things that are going on. And that is why I think he should have some time off, and he had no such thing. He had to go back to work." (M1).

"My husband, honestly, I would have liked to have had his companionship near me. But I didn't get it. And I still don't have it, because he had to go back to work as soon as I left the hospital." (M2).

What men say

As observed above, the women affirm their feelings of suffering, the sadness of their losses, and the speech of men show a sense of commitment toward their wives, and to their jobs. The men tend to show a more traditional male social role, one which has been crystalized into social and familial norms, whereby their emotions are more reserved and private. Note the following accounts from men:

"So, I wasn't there. I had to work, and that was bad. Yes, I wanted at least to spend one day with her. She wasn't feeling well at home, and I had to work. But I was the only one who could support her. (...) I only work to keep up the house and pay the rent. I lost a child. But life must go on." (F, M6).

"You remember everything, even more so in my case. I work here. I come here and see fathers carrying their children, mothers carrying their children, so at any moment you remember what happened, right? And when I come to work, and I go through the entrance, I remember everything that happened that day. So, I go up to the third floor to try to be by myself, but at lunchtime and everything else that goes on there, it sometimes gets complicated, you see?" (F, M12)

Men also express the importance of having official and legal recognition when they comment on the lack of worker protection laws for neonatal losses and the suffering caused by them. These were also articulated by women:

"I believe that fathers should have at least two days since not only a mother [but] a father takes a hard hit as well. For him, it is also a loss. To be there, he needs to be there to support his partner with everything; it's necessary. That doesn't mean that two days are enough..." (F, M12)

"It would be essential. But this law is going to change. We're going to get there. If it's not us, then other parents are going to do it. What we didn't have others are going to have." (F, M6).

In the speech of the women during these interviews, silence often follows light crying, as well as pauses that "stop" the speech, which also demonstrates the experience of these losses. Indeed, in examining the function of silence during the mourning process of a loved one Poli (2008) notes that it occurs on the margins of representation, that it is impossible to express in words the reality of death. Hence, the loss of a loved one can be expressed by a lack of words, by insufficient discourse, and by a disconnect between words and feelings. This was rather evident in all the interviews conducted for this research, and notable in both the women and men.

It need be further noted that neonatal losses occur unexpectedly and unforeseen in the majority of instances, frequently occurring in the context of normal pregnancy (Brownlee & Oikonen, 2004; Fonseca et al., 2010). Such characteristics increase the shock of the parents, and moreover increase the difficulty in accepting it, and, given its sudden nature, impede family members in mobilizing resources and coping strategies to prepare emotionally for the loss (Callister, 2006). Furthermore, it cannot go unmentioned that many lost babies already had tentative names.

Despite the frequency of neonatal losses, which spontaneously occur in 15-20% of pregnancies of up to 22 weeks, the subsequent implications are underestimated or ignored by the political class, by the media, by society, and even by healthcare systems. It should be recognized that this type of mourning, which carries with it a considerable emotional impact, but is one whose effects are not fully appreciated by healthcare professionals, nor by society generally. However, it is one which should be more closely examined and considered.

This type of loss constitutes a particularly grave one, in the sense that it involves the parents and closest family members, and is one where a void is created – a void not only in relation to past memories but also future ones

(Fonseca et al., 2010). Many times, such a loss is the parents' first experience with mourning, and in the case of younger parents, it simultaneously affects both members of the couple, which compromises their ability for mutual support (Kavanaugh & Wheeler, 2003; Lang, Goulet & Amsel, 2004). In instances of multiple losses, the uncertainty of having a successful pregnancy can become ambivalent, for both mother and father. The subsequent lack of social rituals associated with neonatal loss (funerals, for example), disinformation within social networks in regard to how to offer support to a couple, and the overall social devaluing of such an event – considered by society as something less significant in comparison to the loss of an older child or an adult –, accentuate the lack of resources available to a couple going through this type of loss and therefore affect how they cope with it (Brownlee & Oikonen, 2004; Fonseca et al., 2010; Rolim & Canavarro, 2001).

The organization of healthcare services for couples coping with neonatal loss, along with training of healthcare professionals who are involved with the families, is an important characteristic in the overall performance of a healthcare system, one which can contribute to the resilience of parents during their period of mourning (Homer, Malata & Ten Hoop-Bender, 2016).

Soubieux (2014) notes that neonatal loss in the psychology of the parents is not uniform. The period of mourning is related to the conceptualization of a life that existed and then ceased to exist. The elaboration of mourning for a neonatal loss is possible, but it can be filled with significant anguish. When such elaboration is possible, it can allow for a surprising psychological reconstruction. According to the author, mourning for neonatal loss is paradigmatic, as it revives and continues in future pregnancies (for the couple as well as for the close relationships). Moreover, a lack of its recognition on behalf of the support network, and a lack of understanding of the inherent suffering associated with the loss, can transmit a message that mourning is unnecessary, and therefore can create other difficulties (Public Health Agency of Canada, 2000).

A couple needs to make adjustments at multiple levels following neonatal loss: external (i.e. the functions of day-to-day life), internal (i.e. the roles one assumes, namely of mother and father, and, in the absence of other children, one may or may not know what one's role is now), and spiritual (i.e. one's belief systems, values, and assumptions). The mourning process reaches a conclusion when one is capable of emotionally integrating the loss of the child, and, therefore, is able to continue with life. This does not imply renouncing the relationship with the lost child but learning to manage the loss in a way that allows the parents to continue with their lives following their loss.

Symptoms are more intense in the first months following the loss, though widely vary in their diversity and intensity (Fonseca et al., 2010; Kavanaugh & Wheeler, 2003). In the relational domain, symptoms are noteworthy in the relationship between mother and father and include factors such as the desire to have a child, the duration of the pregnancy, and lack of previous neonatal losses. Family and social support systems, the nature of relations in the extended family, and the attitude of healthcare professionals involved are also factors with the greatest relevancy for the social network.

To block a mother's thinking and to try to make her forget what happened after being discharged from the hospital creates a "conspiracy of silence". Neonatal loss during pregnancy or following birth should instead create a space for mothers, and for her family, to address this topic openly, to talk about their frustrations, their sense of guilt and powerlessness – not to confront the sadness but to help them reorient their lives. A family holistically needs healthcare attention, including the thoughts and feelings of the patients.

This leads us to assess the importance of comprehending the emotional experience of these mothers and their partners in the face of neonatal loss at its various stages: during pregnancy, during premature birth, or the following birth. Men can be affected by an unintentional indifference on the part of healthcare professionals, who tend to focus on the biological symptoms occurring in the mothers (Williams et al., 2020). However, fathers must have avenues available to them to express their feelings and pain at these moments. The interviews in this study show evidence that men need to be tended to as well at the time of neonatal loss.

This study also offers evidence that there is a need for healthcare intervention and a network of resources that can be made available for parents at the time of neonatal loss. Training and organization within the healthcare systems that work in this area are essential. A type of multidisciplinary training would be desirable to handle the problems associated with neonatal losses and the prevention of its harmful effects. It is also important to deepen the knowledge of this topic and to discover the specifics and subtleties involved in the mourning process, to offer better support systems for it, adjusted for individual cases and long-term support for the period of mourning.

It is furthermore important to construct and develop a support network and collaborative partnerships, intending to improve patient care services, to handle problems related to psychosomatic, emotional, psychological, or spiritual distresses caused by neonatal losses. That is, a new perspective for healthcare systems needs to consider fetal and neonatal losses as part of its service to patients. Such losses and a contextualized medical history of the family involved would result in positive and humanizing changes for healthcare systems. What is needed are carefully-planned actions both in the areas of healthcare and in law, the updating of policies, oversight, and research into best practices for patients who have suffered neonatal losses (Aguiar & Zornig, 2016).

As shown herein, women expressed the suffering of their companions and demonstrated how they wished to share their pain with them during their period of mourning. That is, mothers, provide evidence that they feel the need of their partners during their time at the hospital, as well as during the first days at home following the loss of a child.

The study also leads us to question current Brazilian worker rights regarding paternity, which has a great disparity between what is afforded to mothers and fathers. At the time of this writing, Brazilian law permits that women who suffer neonatal losses occurring up to and after 22 weeks of gestation are entitled to 15 days of mourning, while fathers have none (Article 395 of the Brazilian workers' code).

Much work remains to attain a better comprehension of this issue and the creation of strategies which can offer adequate, healthy space for mothers and fathers who must deal with neonatal losses. Dedicating more research on this topic will undoubtedly be an important resource to inspire and inform meaningful changes in this area.

6. Conclusions

Paternal suffering following neonatal loss is very often ignored and forgotten about. Societal norms commonly do not allow paternal feelings to be seen or heard, as men are expected to be "the stronger sex". Compassion, in this case, is considered exclusive for mothers. However, this type of pain is shared by the couple. And the lack of worker rights for men in Brazil shows that paternal mourning is invisible and ignored. Furthermore, there is an invisibility of the lost child by society generally.

But we need to give a voice to this pain, a legitimate one, independent of how long the child was here. Further research and directives of support, including supporting neonatal loss as part of the healthcare system, and meaningful steps to ensure quality treatment, are essential for making progress in this overlooked area.

References

- Aguiar, H., & Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-81. <http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>
- Brownlee, K., & Oikonen, J. (2004). Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. *British Journal of Social Work*, 34(4), 517-529. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch063>
- Callister L. C. (2006). Perinatal loss: a family perspective. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227-236. <https://doi.org/10.1097/00005237-200607000-00009>
- Conway, K., & Russell, G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *The British Journal of Medical Psychology*, 73 Pt 4, 531-545. <https://doi.org/10.1348/000711200160714>

- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (2017). *Atenção humanizada ao recém-nascido - Método Canguru: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Fonseca, A., Nazaré, B., Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C. (2010). *Especificidades da perda perinatal: implicações para os agentes de intervenção*. In *Anais da 1ª Jornadas Peritia: Psicologia e Perda Gestacional*. Oliveira do Bairro: Peritia.
- Frøen, J. F., Friberg, I. K., Lawn, J. E., Bhutta, Z. A., Pattinson, R. C., Allanson, E. R. ... & Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group (2016). Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* (London, England), 387(10018), 574-586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
- Heazell, A., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., ... & Lancet Ending Preventable Stillbirths investigator group (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* (London, England), 387(10018), 604-616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Heustis, J., Jenkins, M., & Wolfelt, A. D. (2005). *Companioning at a time of perinatal loss: a guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins: Companion Press.
- Homer, C., Malata, A., & Ten Hoop-Bender, P. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *Lancet* (London, England), 387(10018), 516-517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7)
- Horton, R., & Samarasekera, U. (2016). Stillbirths: ending an epidemic of grief. *Lancet* (London, England), 387(10018), 515-516. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01276-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3)
- Kavanaugh, K., & Wheeler, S. R. (2003). When a baby dies: caring for bereaved families. In C. Kenner, J. W. Lott (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing: a physiologic perspective* (pp. 108-126). Philadelphia: WB Saunders.
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2004). Explanatory model of health in bereaved parents post-fetal/infant death. *International Journal of Nursing Studies*, 41(8), 869-880. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.03.013>
- Lewis, J., & Azar, R. (2015). Depressive symptoms in men post-miscarriage. *World Journal of Men's Health*, 11(5), 8-13.
- Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>
- Poli, M. C. (2008). O psicanalista como crítico cultural: o campo da linguagem e a função do silêncio. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(2), 365-378.
- Public Health Agency of Canada. (2000). *Family-centred maternity and newborn care: national guidelines*. Ottawa: PHAC.
- Rodrigues, M. M. L., & Hoga, L. A. K. (2005). Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(3), 258-267. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000300003>
- Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In: M. C. Canavarro (Ed.) *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Soubieux, M. J. (2014). Le deuil périnatal, un impensable à penser. *Le Carnet PSY*, 185(9), 22-24.
- Sousa, E. M. & Muza, J. C. (2011). *Quando a morte visita a maternidade: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal*. Monografia de Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Universidade Católica de Brasília.
- Williams, H. M., Topping, A., Coomarasamy, A., & Jones, L. L. (2020). Men and miscarriage: a systematic review and thematic synthesis. *Qualitative Health Research*, 30(1), 133-145. <https://doi.org/10.1177/1049732319870270>

Copyrights

Copyright for this article is retained by the author(s), with first publication rights granted to the journal. This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

5.2 ARTIGO 2

American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences
 Vol. 2, No. 3; 2020
 ISSN 2643-0061 E-ISSN 2643-010X
 Published by American Center of Science and Education, USA

A Mother's Account About Lactation in the Context of Perinatal Death

Gláucia Maria Moreira Galvão

School of Medicine
 Federal University of Minas Gerais, Brazil
 E-mail: gmmgbh@gmail.com

Eduardo Carlos Tavares

Medicine Department of PUC-Minas, Betim, Minas Gerais, Brazil
 E-mail: eduardoctavares@gmail.com

Ethyene Andrade Costa

Psychoanalysis Institute of Brazilian Society of Psychoanalysis
 Minas Gerais, Belo Horizonte - Minas Gerais - Brazil
 E-mail: ethyenepsi@gmail.com

Gláucia Rezende Tavares

Psychology Department of Fumec University
 Belo Horizonte - Minas Gerais - Brazil
 E-mail: glauciartavares@gmail.com

Maria Candida Ferrarez Bouzada

Department of Pediatrics, School of Medicine
 Federal University of the State of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil
 E-mail: bouzada@medicina.ufmg.br

Steven Eric Byrd

Department of Society, Culture, and Languages
 University of New England, Biddeford/Portland, Maine, USA
 E-mail: sbyrd@une.edu

Abstract

Objective: To discuss the importance of listening and having a humanized intervention in regard to the donation of breastmilk in the context of perinatal death.

Methodology: Content analysis of an interview with a mother in mourning that went through a traumatic lactation following a perinatal death. This case study is one of qualitative, longitudinal research, realized over two partially-structured interviews with parents who had lost their babies with less than 22 weeks of gestation at a public hospital, in Belo Horizonte, Brazil, from February to October 2019.

Results: The interviews in the case of “Eva” (hypothetical name) presented significant suffering from lactation following the death of her child and her mourning process, which caught the authors’ attention about the importance of this topic.

Conclusions: Women who have lost their babies before, during, or after birth should be offered the option of donating their breastmilk, to allow them to choose what to do with it, and then to counsel them during the mourning process.

Keywords: Mourning, Professional Training, Neonatal Death, Human Milk Banks, Disenfranchised Grief.

1. Introduction

The Brazilian Human Milk Bank Network (BHMBN) is available in every state of Brazil and takes part of the Brazilian healthcare system (referred to as ‘SUS’), it is a technical reference for many countries in consultation and assistance in breastfeeding and human milk donation. In 2007, the Ibero-American Program of Human Milk Banks was founded, consisting of the countries from South America, Central America and some countries from Europe. In 2008, it also incorporated the Lusophone African countries of Angola, Cape Verde, and Mozambique. The latter program, which collaborates with the BHMBN, assists the participating countries to achieve the goals of ODS/2030, whose emphasis is the reduction of infant mortality. All countries are to follow donation norms according to Statute RDC 171.1 (Ortiz, 2012; Global Network of Human Milk, 2019).

Some mothers opt to donate milk following the loss of a child, as a way of alleviating their suffering, to honor the memory of their child, or to help other mothers in need of breastmilk. These mothers in mourning often find support in human milk banks (HMB) which has the means available to support donations and counseling. It is important that healthcare professionals that work with mourning mothers to share this information, so that these mothers understand the options available to them in such circumstances (Human Milk Banking Association of North America, 2020).

It is important to understand the physiology of how breastmilk is produced: Phase I of lactation occurs during gestation; Phase II occurs when the placenta is expelled after birth. Therefore, when the death of a baby occurs during the second trimester of gestation (after 20 weeks), breastmilk production and breastfeeding can occur: that is, breastfeeding is not solely dependent on sucking stimulation from the baby. Following a fetal or neonatal loss, the common practice in maternity wards is to prescribe drugs and to have women wrap their breasts with bandages or restrictive bras to suppress lactation (Cole, 2012). Medical professionals should be attentive and prepared for the question of mothers in mourning in order to counsel them on possible steps they can take in such situations (Cole, 2012). Some professionals raise the question: wouldn’t donating breastmilk further complicate the mourning process?

Regarding the mourning of mothers who have lost a child, the social denial in assisting women who suffer this form of loss is unquestionable. There is a general practice of encouraging women to deny what happened to them in these circumstances, rather than embracing their loss and suffering. In fact, some practices involve minimizing and “objectifying” the loss and suffering, counseling the mother that she need not suffer, that she can have another child. Not to mention that there are practices that aim at medicalizing emotional pain. In this way, we, somewhat, have framed practices that have created the impossibility of listening to these mothers in such moments of despair (Cole, 2012). This style of interaction with this type of suffering is harmful for the mourning process, and points out that it should be considered “unusual” to behave in ways that socially dehumanize these situations (Lang et al., 2011). To deny the suffering of a mother is a contradiction of the loss she had and creates an obstacle for making sense of the reality. This type of denial can compromise the mourning process, which is an elaborative one, and instead frames it as a type of disconnected mourning (Attig 2004). Indeed, there may be some “confusing language” with a mother who loses a child, and with people who have never gone through such an event generally – or have done so and no

longer recognize it anymore. In a sense, their backgrounds have made them immune to comprehending this type of traumatic reality, and they therefore relegate it to a level of disbelief, of impossibility, or of indifference. According to Doka (1989), a society possesses norms and rules for the act of mourning, which outline who, when, where, for whom mourning may take place; and whereby those who are not in mourning may not make their feelings known, and are therefore condemned to silence.

It is, therefore, possible to think about how this issue touches something rather primitive in humans: the fear of helplessness, of facing loss, and one's powerlessness in the face of such an event. In this sense, it is necessary to underscore that there is nothing that scars the human psyche more profoundly than the feeling of helplessness. It is the first pain that settles in. It is the first trauma, the first part of mourning. Hence, it must be emphasized the importance of having a space to recognize and to receive this type of suffering – a place to receive the unspeakable suffering of now, which brings all past losses to light, as well as a place to receive the initial pain of loss.

Healthcare professionals can be facilitators (or not) in the way mothers cope with such loss, and can help with questions regarding what to do with breastmilk following a baby's death. Given the professional shortcomings regarding mothers in mourning, and all the difficulties they face in dealing with the loss of a child, the objective of this article is to discuss the importance of listening and having a humanized intervention in regard to the decisions involved with breastmilk donations in the context of perinatal death. It attempts to enrich the possibilities of reflection on this topic through the analysis of interview excerpts with a mother in mourning that went through a traumatizing lactational experience following the loss of her child.

2. Methodological Preliminaries

This case study is one of a qualitative, longitudinal methodology, based on two partially-structured interviews conducted with parents who lost babies with less than 22 weeks of gestation in the high-risk maternity ward, of Odete Valadares Maternity of the Hospital Foundation of Minas Gerais State, reference for high obstetric risk in Belo Horizonte - Minas Gerais, Brazil, during the months of February to October 2019. The conducted interviews examine specifically the case of "Eva" (hypothetical name), who went through considerable suffering from her lactation following the death of her baby and her subsequent mourning, which caught the attention of the authors about this subject.

The first interview was realized during Eva's admission into the maternity ward during the first 24 hours after her loss, whereby her demographic data were collected, which serve to support the analysis.

The second interview was conducted one month following her loss, in Eva's home – a place selected by her. In this interview, guided questions were used to verify her perceptions of that moment, her perceptions about her adaptation to daily life following her loss, and her perceptions about mourning and the quality of her professional activities. The interview was recorded and transcribed in its totality, and includes the following additional elements: interruptions, laughter, crying, pauses, changes of topic, etc., for content analysis in accordance with Waitzkin (1991). A partially structured interview is utilized for the sake of facilitating questioning, as it does not restrict the researcher to a format of succinct data collection. It, instead, provides more extensive and more detailed information to be divulged, which, in turn, leads to a better comprehension of the point of view of the other – an objective of this case study. A partially structured interview is one which, by using basic questions supported by hypotheses and theories, expands opportunities for other fields of questioning.

The material obtained was submitted for content analysis and later for thematic analysis of the data. The thematic analysis allows the discovery of nuclei of meaning, which are the basis of communication, and whose presence or frequency signify meaningful utterances. These categorized thematic nuclei of the obtained data are centered on words or meanings expressed in the speech of the interviewees (Minayo, 2018).

3. Results and Discussion

Eva is 34 years-old, married, unfinished middle school, day laborer, no labor documentation, whose obstetric history consists of three pregnancies, with one previous delivery and two abortions. Eva has a living daughter of eight years old. She had two prenatal consultations and was admitted to the hospital during her gestation for sepsis. She was diagnosed with amniorrhexis (i.e. rupture of the amniotic membrane), acute oligohydramnios (i.e. deficiency of amniotic fluid), which eventually resulted in intrauterine fetal death. During the first interview, she was accompanied by her husband. During her second interview, one can note Eva's suffering while in mourning:

"It's like this, I cannot focus on anything else. Every hour, I keep thinking about this for practically 24 hours. I sleep, I have nightmares, in the beginning I had horrible nightmares. I couldn't get to sleep at bedtime, I got, like, in a panic, I didn't want to and my husband went back to work."

"I lost 5 kg because I just couldn't eat. You know when you try to eat and you just can't. I only ate after the third day when I got home. I drank [beet juice], my mother made beet juice to help me get stronger. I didn't have any strength at first after what happened, I had a bad hemorrhage, due to what happened, I arrived home the color of my refrigerator, white."

From the excerpt above, it is possible to infer that Eva did not solely address her physical pain: that is, even though it appears that she could not find the words to properly describe her feelings, she did address her psychological suffering and about the pain of losing her child. What we have here, therefore, is an incursion into narcissism. As Freud (1974) notes, this is a retraction of the libido in direction of the ego, which is notable during the mourning process, complicated or not, and ceases to be linked to objects. This is, hence, best defined by the concept of "death drive" (i.e. Freud's concept of "*Todestrieb*"), in the sense that there is unbound psychic energy, manifesting itself in a devitalizing way. Here, Eva seems to seek in the interviewer someone to help her symbolize and validate the pain she feels.

A mother's loss of a child, at least in the circumstances in which there is a disruptive state via psychic distress, will always be traumatic in our view. However, if there is no process of contradiction, no negation of the loss, this trauma can result in a painful process of reliving the loss, of reallocating libidinous investments, and hence turning it into a complicated mourning process. In cases in which there is need of another person and the need goes unfulfilled – that is, the response to the need of another is one of absence or negation –, a destructive slope of trauma can become validated, and the mourning process will encounter significant impediments over its course.

Maternal love possesses particularities in which there is an apex along the identity of femininity in becoming a mother: that is, motherhood has something related to feminine identity. Thus, in the realization of the mother's narcissism (as it is reborn), as well as its manifestations of the "ideal me" or "ideal of me," culminate during the maternal experience – motherly care and connection thereof, which maintains a strong persistence in the motherly psyche. Maternity brings the possibility of a woman to experience or to care for her connections, which run rather deep. It is from these deep-rooted experiences – that is, reliving the trademarks of one's own lineage –, that a woman seems to guide her views toward her new relationship with her child, to project onto her child repressed ideals of her own psyche.

In this study, it is worth emphasizing that the mourning process will also be influenced by the personal history of each woman. When a woman loses a child, usually – adjusted, of course, by the personal history of each woman/mother –, everything seems to come undone. The mourning process, in this form, will be compromised according to the situation in which the loss has occurred: that is, according to the traumatic episode in which the loss of a child is contextualized. With this in mind, we need to talk about the mourning process as it intersects with traumatic experiences. In the event of an unexpected loss, everything that a mother has constructed and lived through up until that moment collapses, and the mourning process may become compromised according to the disruptive nature of the loss. Wounded narcissism becomes present. Personal histories of each woman act upon how the mourning process will be undertaken. Sympathetic listening to these personal aspects can be of enormous help,

so that a woman may comprehend what she is going through and can aid in decision-making – such as what to do with her breastmilk in accordance with her desires and feelings, which may aid in the mourning process.

Following Freudian theories, one can argue that some women will go through the mourning process in terms of a gradual disconnection from the libido invested in the object. Other mothers, however, according to their melancholic structures, will enter into a complicated mourning process, whereby, as we have seen, the object's shadow falls upon the ego in a way that includes the denial of the loss, demonstrating that the chosen object was made according to a narcissistic basis: that is, faced with loss, there is an identification with a regressive substitute for the lost object. According to Hudson et al. (2012), complicated mourning is one which is characterized by people who experience a long period of disorientation, which impedes them to return to their normal activities prior to their loss. Worden (2013) also details manifestations that may be present during a complicated mourning: expression of intense feelings that persist for a long time after the loss; frequent somatizations; radical changes in lifestyle that steer toward isolation; depression, low self-esteem, and impulsive self-harm.

We contend that it is important to listen to mothers' feelings that they attribute to their babies, they loss they suffered, and, of course, ask: what does lactation represent for them? If the question is poised to a mother about what to do with her breastmilk, the answer will depend on each mother, depending on her feelings, expectations, idealizations in relation to her baby, the place of the mother, and the type of loss. In Eva's case, such a practice was not adopted by the maternity personnel, leaving her with no counseling about lactation, which further complicated her mourning process: that is, the pain of her loss was further exacerbated by a sense of "wasting" her breastmilk.

"I didn't know I would have breastmilk. My breastmilk came and it made me sadder, (cries) because I say that, oh my God, I really wanted to breastfeed, what I wanted, and then I was even planning to donate my breastmilk if there was any left, to give to children who needed it. I wanted to breastfeed so much, and then my breastmilk came and I had to stop it, it was more painful."

It's worth underscoring that proper counseling for Eva about her loss, lactation, and donation options for breastmilk would have been helpful to her during her mourning process.

"Oh, that hurt a lot, I was crying a lot and asking God for forgiveness, my God how much I wanted [to breastfeed], now I have to bandage my breasts to stop my breastmilk (cries). Then I had to take medicine, which was also painful, because I believe that everything is in God's nature and then you have to drink [sic] something to stop it. But I couldn't do anything about it."

"Any mother that loses her child, she feels pain, but my pregnancy was aborted. There is nothing worse than this, a mother having to choose because she... The doctors, 'Eva your life is at risk, you have a bacterial infection, and you don't have fluids, and there is nothing we can do.' Since I was in the beginning of gestation, there was nothing I could do, because the baby needed milk, milk and not amniotic fluid. I didn't have any more fluids."

Asking for God's forgiveness, as well as saying that her baby needed milk instead of fluids, seem to suggest her feeling of guilt, her insufficiency to deliver a healthy baby. The realization of her sensation of "lack of fluids" at her diagnosis also possibly reemerged now she began producing breastmilk. Her "fluids" were there, but without a baby to feed. There was also a feeling of guilt and regret in Eva, which she seemed to also experience when she was "wasting" her breastmilk, in the same way that she felt when she lost her baby: that is, she somehow believed she had "chosen" to abort the pregnancy. The interviewer and doctor, however, made clear that Eva's baby had no chance of survival, there was no "option" at all involved, and that she was assigning these words as a way to give new meaning to her loss and to the beginning of her mourning process.

This analysis was made from one interview and, therefore, it cannot be regarded as a singular truth for all cases. However, this case and its possible analyses offer knowledge on how to engage in better listening skills and the counseling of mothers going through this type of suffering, which can then result in directing them to outside

services to assist them with their pain and suffering. Breastmilk donation or suppression should be the personal choice of each mother.

Regarding the possibilities for mothers in mourning, breastmilk can be donated to HMB, which contributes to the nutritional needs of babies admitted to hospitals. Some women share that, through their breastmilk donations, they feel that they are offering a personal and meaningful contribution for the survival of babies who they feel could be their own. In short, it is fundamental to humanize the counseling of such women, individualizing options according to each one's needs. Special attention should be given according to women who have had babies that were born and survived for some time in neonatal intensive care, since, in these cases, their breastmilk was pumped several times a day.

To counsel women about lactation is fundamental, as some can opt to donate their breastmilk gradually. But, in instances where women choose to donate their breastmilk, medical assistance is necessary to detect any health problems like mastitis, as well as to monitor their mental health. An informed choice on whether or not to keep breastmilk requires counseling on the possible risks and benefits, on the mourning process, on the individual needs, and on the available professional support systems.

In cases where breastfeeding ceases to be possible (and also the learning of personal hygiene) (Australian Breastfeeding Association, 2020), this may put a woman in an identity crisis that can overwhelm her psyche (Figley, Bride & Mazza, 1997). A healthcare professional with a sympathetic ear to a mother in mourning will be able to counsel about services available to her, which can aid her in her mental recovery. Specifically, in the case of lactation, counseling a mother about the possibilities she has can create a sense of support, assurance, and possible paths to help her make sense of her pain, both emotional and physical. How healthcare professionals approach the topic of mourning, the possible options for what to do with breastmilk, with counseling grounded in sympathy, can undoubtedly reduce anguish and aid in the mourning process.

4. Conclusions

The objective of this article is to argue that common healthcare measures of imposing feelings and practices upon mothers who have lost children during pregnancy or following birth is not helpful for the mourning process. For a mother in mourning, it is necessary to understand that gestation, birth, breastfeeding, and mourning extrapolate a variety of natural human aspects: these include feelings, emotions, and expectations. Women who have lost their babies before, during, or after birth should be offered the option of donating their breastmilk, to allow them to choose what to do with it, and then to counsel them during the mourning process. The practice outlined herein, evidently absent in the case of Eva, can make a difference in a mother's mourning process. Allowing women to cry and feel pain will aid them on their road to recovery from such trauma.

Acknowledgments

This study was approved by the Committee of Ethics at the Hospital Foundation of Minas Gerais State, and by the Committee of Ethics in Research at the Federal University of the State of Minas Gerais, Brazil. **Research Approval Code:** 2.727.563.

Disclosure of interest

The authors report no conflict of interest.

References

Attig, T. (2004). Disenfranchised grief revisited: discounting hope and love. *Omega*, 49(3), 197-215. <https://doi.org/10.2190/P4TT-J3BF-KFDR-5JB1>

- Australian Breastfeeding Association. (2020). *Lactation after infant death*. Melbourne: ABA.
- Cole, M., International Board of Lactation Consultant Examiners - IBCLC, Registered Lactation Consultant - RLC. (2012). Lactation after Perinatal, Neonatal, or Infant Loss. *Clinical Lactation*, 3-3: 94-100.
- Doka, J. K. (1989). *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. Lexington: Lexington Books.
- Figley, C. R., Bride, B. E., Mazza, N. (Eds.). (1997). *The series in trauma and loss. Death and trauma: the traumatology of grieving*. London: Taylor & Francis.
- Freud, S. (1974). Mourning and melancholia. In Freud S. *On the history of the psycho-analytic movement, papers on metapsychology and other works (1914-1916)*. (The standard edition of the complete Psychological Works of Sigmund Freud, v. XIV). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Global Network of Human Milk. I BRICS (Brazil, China, Russia, India and South Africa) (2019). *Workshop on Human Milk Bank: Introduction*. Rio de Janeiro: Executive Secretariat of the Global Network of Human Milk Bank. Retrieved from <https://tinyurl.com/ydzxlrhw>
- Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M.,... & Bauld, C. (2012). Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696-702. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0466>
- Human Milk Banking Association of North America - HMBANA (2020). *Can I donate my milk if my infant has passed away?* (Bereavement donations.). Fort Worth: HMBANA. Retrieved from hmbana.org/about-us/frequent-questions.html
- Lang, A., Fleiszer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega (Westport)*, 63(2), 183-196. <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.e>
- Minayo, M. C. S. (2018). Foundations, mishaps and dissemination of qualitative approaches. In: A. P. Costa, L. P. Reis, F. N. Souza, A. Moreira. (Eds.) *Computer supported qualitative research: second international symposium on qualitative research (ISQR 2017)* (pp. 55-70.). Cham: Springer International Publishing AG.
- Ortiz, F. (2012). *Breast milk banks, from Brazil to the world*. Rio de Janeiro: Inter Press Service.
- Waitzkin H. (1991). *The politics of medical encounters: how patients and doctors deal with social problems*. New Haven: Yale University Press.
- Worden, J. W. (2013). *Grief Counseling and Grief Therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.

Copyrights

Copyright for this article is retained by the author(s), with first publication rights granted to the journal. This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

5.3 ARTIGO 3

American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences
 Vol. 3, No. 1; 2021
 ISSN 2643-0061 E-ISSN 2643-010X
 Published by American Center of Science and Education, USA

GESTATIONAL LOSS: EMOTIONAL AND LEGAL ASPECTS
Gláucia Maria Moreira Galvão

Neonatology Department
 Odete Valadares Maternity, Belo Horizonte - Minas Gerais – Brazil
<https://orcid.org/0000-0002-0821-0147>

Denise Streit Morsch

Clinical Psychologist, Consultant for Humanized Care for the Newborn - Kangaroo Method
 Ministry of Health, Rio de Janeiro – Brazil
<https://orcid.org/0000-0001-5125-253X>

Eduardo Carlos Tavares

Medicine Department of PUC-Minas, Betim, Minas Gerais and Psychology Department of
 Fumec University, Belo Horizonte - Minas Gerais – Brazil
<https://orcid.org/0000-0001-7802-2814>

Maria Cândida Ferrarez Bouzada

Department of Pediatrics, Medicine School of Federal University of the State of Minas Gerais
 Belo Horizonte - Minas Gerais – Brazil
<https://orcid.org/0000-0002-7397-6931>

Lead Author Contact Information

Gláucia Maria Moreira Galvão. Telephone: +5531983315796 - Fax: +553132275921
 E-mail: gmmgbh@gmail.com. Address: Rua Maranhão, 1061/apto. 1001, Funcionários - Belo
 Horizonte, MG - Brazil - CEP 30150-331

Article Translator**Steven Eric Byrd**

Department of Society, Culture, and Languages, University of New England,
 Biddeford/Portland, Maine, USA

ABSTRACT

This study attempts to verify the conditions of mothers who have gone through gestational loss. It is designed according to semi-structured interviews of affected mothers. Through semi-structured recorded interviews, directed questions were asked to ascertain perceptions that they were living through at that moment, about their adaptation to daily life, and about their mourning process and the quality of their professional activities. From the interviews, eight categorizations were created: symptoms of mourning; the time to return to work and daily routines; lack of societal recognition of mourning; mourning and spirituality; seeking of healthcare support; the fathers' pain; the need of someone; who is this baby? And the following feelings were documented from the interviews: feelings of losing control of one's life; broken dreams; feelings of incompleteness, guilt, and personal defeat; feelings of inferiority as a woman; subjective losses; losses in identity and eroticism; a woman's role in society. Lastly, the

study examines how gestational loss is unrecognized and unsupported by legislation, exposing a weakness in workers' rights and unequal treatment regarding gender.

Keywords: Gestational Loss, Mourning, Women's Health, Patient-Centered Care, Humanizing Care.

INTRODUCTION

The frequency of gestational loss occurs in 15-20% of pregnancies of up to 22 weeks. However, the subsequent implications are neglected and underestimated by political leaders, the media, society, and even by the healthcare sector (Frøen et al., 2016). In 2013, the World Health Organization defined the concept of abortion as being the interruption of gestation with a fetus of under 500 grams or with a gestational age of less than 20 weeks (Cardoso, 2020).

Gestational loss is a topic that deserves more attention, as it carries with it a particularly profound pain for the mother as well as for her partner, and includes challenges for conjugal and familial relationships, emotional and psychic distress, a general loss of interest in life and in the other children, and in the professional lives on the part of women (Frøen et al., 2016). Galdet et al. (2010) note intense psychological suffering during a pregnancy following gestational loss and highlight the need for clinical and psychosocial care when such losses occur – a form of healthcare that should be continued until the birth of the woman's next child. Recent research has called attention to this topic, as it is one which causes the families involved significant suffering, though generally overlooked (Frøen et al., 2016; Heazell et al., 2016; Horton, 2016; Aguiar; Zornig, 2016).

Neonatal loss is, in the majority of cases, unexpected and unforeseen, and occurring frequently during a normal pregnancy (Brownlee; Oikonen, 2004). These characteristics raise the feeling of shock on the part of the parents, further raising the difficulty of acceptance of the loss, and given the sudden nature, impede that family members can prepare emotionally, and therefore unable to mobilize resources and coping strategies (Callister, 2006).

Generally speaking, the male partner rebounds faster with his daily routine and his professional life (Callister, 2006; Jenkins; Heustis, 2005).

The organization of healthcare systems for the care of women that suffer gestational losses, and the care offered by healthcare professionals to affected families, is an important gauge for the general performance of a healthcare system, and one which also can contribute to the improvement of the resilience and morale of the workforce of those undergoing mourning (Homer; Malata; Tem Hoope-Bender, 2016).

Pre-natal health is a crucial biological need for the long-term health of life, and so specific actions are therefore necessary in the areas of healthcare and law: for example, the formulation of legal policies and procedures, and the monitoring and research of effective, quality interventions following gestational losses (Aguiar; Zornig, 2016).

That said, research on this topic is generally scarce. As such, the goal of this study is to provide some qualitative data through the analysis of partially structured interviews with mothers that suffered gestational losses with less than 22 weeks of pregnancy. Moreover, the study aims to better understand the emotions expressed in the mothers' speech, and better understand their conditions as they return to their daily lives and professional activities.

METHODOLOGY

The present research uses a qualitative, longitudinal approach, by means of two semi-structured interviews conducted with parents who suffered gestational losses with less than 22 weeks of

pregnancy in the Maternidade Odete Valadares da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, in the high-risk obstetrics sector, in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, from February to October 2019. The initial contact with the parents was realized during internment in the maternity ward, within the first 24 hours following gestational loss. At this moment, the first interview was conducted, and data were collected from their clinical records, consisting of previous and current obstetrics data of the mother, which serve as part of the data analysis. The second interview was realized one month following the gestational loss at the residence of the patient or at a place chosen by her. In this interview, directed questions were used to capture the perceptions of the moment, perceptions regarding their adaptation to daily routines following their losses, as well as perceptions about the mourning process, and regarding the quality of healthcare offered to them. From the directed questions a series of symptoms was discovered, which generated a list of categories. Following these categories, scholarly literature was consulted to verify if there was reference to each one.

To ensure privacy and guarantee anonymity of each participant in this study, numbers were utilized for all the interviewees (i.e. Mother 1 = **M 1**). All interviews and transcriptions were undertaken by the authors in Portuguese and have been translated into English herein.

Data Analysis

The analysis of the interviews was undertaken by means of careful listening and reading of the narratives, including the significant aspects that were categorized into nuclei of feelings or emergent properties.

Ethical Aspects

This case study was approved by the Ethics Commission of the institute where the research was conducted, and also approved by the Committee of Ethics in Research by the Universidade Federal de Minas Gerais, in Belo Horizonte, Brazil. Research code: nº ETIC 3.082.705.

Participants

Inclusionary Criteria

Mothers who suffered spontaneous gestational losses with less than 22 weeks of pregnancy. All willfully signed an agreement titled “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (“Explained Terms of Willful Consent”) for this study, and whose partners or legal representatives also willfully agreed to participate and signed the same agreement.

Initially there were 34 mothers who fulfilled the inclusionary criteria and have been included in this study. All the mothers agreed to a second interview 30 days for following their gestational loss; however, only 12 of which returned and were interviewed in a place of their choosing. The demographic data of the 12 mothers that participated in the second interview are found below in Table 1.

Exclusionary Criteria

Parents who were not residents in the region; mothers pregnant with twins who lost one of the twins; parents with documented psychiatric illnesses (i.e., psychosis, schizophrenia, panic syndrome, or other psychiatric pathologies); parents with documented cognitive deficiencies; legal abortion; mothers with a history of post-partum depression or fathers with a history of depression.

Table 1. Demographic data of 12 women who lost children, February-October 2019.

Mother	Age	Education level	Formal work	Pregnancies	Living children	Age of the baby at time of loss (in weeks)	Presence of a companion	Presence of the father
M1	27	Incomplete High School	Yes	2	1	9,1	Yes	No
M2	36	Graduate School	No	2	0	16	Yes	No
M3	27	Incomplete High School	Yes	2	0	8,5	Yes	Yes
M4	37	High School	Yes	3	1	7	No	No
M5	34	Incomplete Middle School	No	3	1	19,3	Yes	Yes
M6	39	School	No	3	1	11,6	Yes	Yes
M7	26	University	No	1	0	11	No	No
M8	25	High School	No	1	0	12	Yes	No
M9	40	High School	No	2	1	9,4	Yes	No
M10	29	Incomplete High School	Yes	3	1	11,6	No	No
M11	35	Middle School	Yes	2	1	*285g	No	No
M12	20	University	Yes	1	0	12,1	Yes	Yes

RESULTS AND DISCUSSION

An analysis of the interviews realized by means of careful listening and reading of the narratives were organized into nuclei of meaning or emerging properties (Neale, 2016), of which eight central categories have been identified and described in Table 2.

Table 2. Categorization

Categories	Descriptions
Symptoms of mourning	Narratives of guilt, failure, shame Nostalgic aspects, a search for evidence of the baby Emotional symptoms (i.e. difficulty to fall asleep, problems with concentration, irritability, etc.) Bodily changes and experiences related to pregnancy Relational issues with others (i.e. projections onto other mothers)
Returning to work and daily routines	
Lack of societal recognition of mourning	
Mourning and spirituality	
Need of healthcare support	
Fatherly pain (i.e. from the point of view of the mother and as narrated from the father)	
The need of someone (i.e. presence of the father of the child or of the mother's mother)	
Who is this baby? (i.e. a place denominated by the family, an abstract entity that they are unable to name)	

Discussion of the categorizations

- 1) Symptoms of mourning
 - a) Narratives of guilt, failure, shame

This type of mourning is peculiar, as it emits experiences relating to the pregnancy, to the loss, to the types of self-care; hence, it implies a deep-seeded psychological aspect related to the beginnings and creation of life. It can be inferred that this is truly a physical type of mourning: the emotional pain is deeper than other symptoms, as it is connected intimately to the body, touching the essence of female identity, and thus harnessing a feeling of

failure at being a mother, and at being a woman generally. It further carries with it a devaluing of oneself image, and a feeling that her body was unable to properly function, or a belief that she is incapable of performing her proper biological and conjugal role (Stirtzinger; Robinson; Stewart, 1999).

In our society, the role of maternity is viewed as a natural function of a woman, and hence being a mother is a full realization of the female gender role. As such, when a woman is incapable of creating healthy life as part of her “natural function,” she is often overcome by a sense of inferiority and incompleteness.

Note the following evidence documented during the interviews:

“I have had much difficulty in seeing myself in the mirror in the last days. I look in the mirror... But I don’t see myself, it’s like I’m empty, that’s what it feels like. Just yesterday I asked my husband, and I was really afraid to ask; I asked him: if I am unable to give you any children, will you still stay with me?” **(M 2)**

“It’s not a type of physical pain anymore, it’s an emotional pain, that’s it... you feel [emotional] pain. It’s a pain that doesn’t go away. You feel guilty deep down, even knowing that I didn’t do anything to cause this.” **(M 1)**

“Having to tell everyone, to explain, to listen to people accusing you, that something is wrong with you, that you are the problem, that I have to get treatment, to tell people – that is hard. (*Cries*)” **(M 3)**

b) Nostalgic aspects, and a search for evidence of the baby

Nostalgic aspects are a type of memory associated with the mother’s loss. Some parents, in fact, view the loss as if it were still alive, a type of nostalgic object in which they can animate and reanimate. This type of nostalgia creates a situation for the parents in which the absent baby still has a place in their lives (Soubieux, 2014). Note the evidence of this symptom:

“I dreamed, before I found out that my pregnancy was anembryonic, that it was a white girl, just like my partner, with big eyes, you know? A beautiful baby girl. Then I realized it was just a dream.” **(M 10)**

“I go to college; I go to work. But it’s not the same thing. It isn’t... I keep thinking that now I would be so many months [pregnant]... (*cries*). Even though I hadn’t planned on getting pregnant, but it was my daughter... (*cries*)” **(M 12)**

c) Emotional symptoms

Gestational loss abruptly ends the pregnancy, which creates an overwhelming sense of anguish. For any pregnant woman, the loss of a child is a painful experience, even in the initial months of gestation. The interviews revealed a sense of sadness, surprise, and impotence from the loss:

“It’s like this: I can’t focus on anything else. At every moment I keep thinking about it, practically 24 hours.” (M 5)

“I became somewhat – speaking and thinking – I’m here and I’m not here, because that’s what your head is like. It’s overwhelming. Because [you ask yourself] what?, where?, when? And it’s not supposed to be like that.” (M 9)

Mothers often connect with their own mothers, addressing memories of womanhood, sexuality, and also traits from their past lives of when they were babies themselves being nursed and cared for. Note the following evidence from this interviewee:

“And even if I didn’t want [my mother] in the beginning (*sighs*), I am grateful now for her coming. I think I discovered the love that my mother feels for me, even though I never had the chance to hold a baby at my breast, I didn’t get to have that same type of touch, right? Our touch, I think, was more of a soulful one, right? (*Cries*) And even though I didn’t get to have that same touch, I am thankful that she came. I had very magical moments with her. I felt very loved when she was here. My mother showed she loved me a lot.” (M 8)

d) Bodily changes and experiences related to pregnancy

There is a perception by a woman that her body has changed, her breasts have grown, and her pelvis has lengthened, thereby leaving traces that the baby was alive in her uterus. These experiences with bodily changes become committed to memory. Note the following evidence from these interviewees:

“Even though they said that my pregnancy was anembryonic, it’s still a pregnancy, your body changes, your emotions change. It messes with your head, you feel a baby inside you, and then you’re not able to nurture the baby. You get sad, thinking: ‘gosh, my body has changed, my belly has started to grow, I gained weight. I was pregnant, but just wasn’t able to have the baby.’” (M 10)

“When I shower, I look at my belly, sometimes I stick out my belly (*pauses to cry*), to think about and to feel the sensation of being pregnant. (*Cries*)” (M 3)

e) Relational issues with others

Defey (1992) notes that it’s understandable that feelings of jealousy in relation to other women with healthy children – perceptible or not – may also emerge, bringing with it psychological consequences that are difficult to manage emotionally. This can bring a woman to feel emotions that are deeply feared: a disease limiting human potential, an insanity that alienates people from one another, and, finally, the view of death as an inevitable and irreversible end of the life cycle. Note the following evidence:

“I was locked in, I stayed home, more than 15 days. I wasn’t able to go out into public. I wasn’t able to be around people. When I saw people, I didn’t want them to see me.” (M 5)

“I saw mothers going out with a baby, and I, by myself, with a medical report. With a... the only thing I had left was the ultrasound of her, I only have the ultrasound (*cries*). And I got home, returned with nothing. Returning from the hospital without a baby, with your husband, just us two, what happens then? The suffering and despair that a mother can go through.” (M 5)

“Since I work in a gynecological clinic, when I would see a mother (*whimpers, pauses to cry*). When I would see a mother breastfeeding (*crying as she speaks*), I would pick up a baby so I wouldn't cry in front of her. Then... I began to think, why don't I have a baby... in my arms? Why did this just happen to me?” (M 3)

“I saw another mother coming [into the gynecological clinic], coming to deliver her baby... When I heard the baby's cry, I broke down and cried a lot.” (M 3)

2) Returning to work and the daily routine

Getting back to one's daily routine (which focuses on a way of dealing with life without being loved) and its oscillation (which is an alternation between the one and the other) involve returning to life's daily tasks, doing new things, and distracting oneself (Stroebe; Schut, 1999). These tasks are potent tools to help those in the mourning process, as either a means or an end (Dahdah et al., 2019). Evidence of this search for occupying oneself, of seeking refuge in daily tasks and work during the mourning process, can be seen in these following interviewees:

“For me it was good [to go back to work], because of the environment at home. It's harder when you're at home with your husband, because of the memory, which is worse. I think going back to work was good.” (M 4)

“I returned to work after two weeks. I went back. I was just at home doing nothing for a week, and then I decided to go back. And it was really good. It helps to distract you, you get back to living your life again.” (M 7)

“The 15 days I was at home I didn't get over it. Because I was by myself and I couldn't think about anything else, I just kept thinking about her, I just stayed in bed, crying, crying. When I went back to work it was a relief.” (M 3)

“I went back [to work] 14 days afterward. In the beginning I thought I was doing well, and then later one day, when I began to work, I saw that I really was not emotionally very well. So, emotionally speaking, I think my level of concentration at work was not the same as before... So, 15 days are not really sufficient for the mourning process.” (M 11)

“That is why I'm saying, I came back to get distract myself because I got distracted a little, it's good to be at home, because of the rest. Because the doctor gave me 40 days of rest, but I couldn't handle staying at home anymore. So, I went back to work with 15 days. I've never seen 15 days go so fast before in my life. And now after that time that I began to get my head back together.” (M 1)

“(Crying) I don’t even know what to say, it’s not easy, it’s not easy going back to work, but it was good for me to go back, to work, to study. I think that the more you occupy your mind with other things it’s better. I just wanted to forget everything. Everything. I just wanted to forget everything that happened. (Cries)”
(M 12)

3) Lack of societal recognition

When the loss of a child happens before it’s born, in the eyes of society this occurrence, for the most part, is a non-event. That is, a child that wasn’t born never existed. The general idea is that the intensity and duration of mourning is proportional to the time that the parents had with the children. Given that the time was short in this instance, so should the mourning be. However, contrary to such views, what we see is that the mourning process can be worse for parents in instances when the children were never present in their lives. Couples frequently find themselves isolated and misunderstood in terms of their feelings of sadness (Soubieux, 2014). Note the following evidence:

“So, it’s funny that I used to judge people who lost babies that were only months, or even days, as silly. Now that I am going through this, I know that it isn’t silly, it’s actually very hard. I used to see people crying, and thinking, ‘Gosh, how silly, if it had been older, ok.’ But now I understand.” (M 9)

“It’s over now, it’s been a month now. Not everyone thinks about it. For me, no, not seeing my belly getting bigger, not being able to buy baby things. For me, it has been very hard.” (M 3)

4) Mourning and spirituality

One mourning strategy that was observed in our interviews was the search for explanations in spirituality, seeking consolation in the idea that the loss of the child was “deemed by God.” Note the following:

“People that believe in God have an easier time dealing with life’s issues... I am no longer afraid, because we believe in God, right? So, when you believe in God, you know that it was God’s plan; perhaps something would happen in the future. In the moment, you’re devastated, right? But afterward my belief in God became strong... I found a refuge, because you have to have a refuge. People without a refuge are unable to overcome [their loss].” (M 7)

“My mother is follower of spiritualism, and the place downtown where she goes, they speak a lot about that.” (M 9)

“And now we’ll see what’s in store, what God has planned for us. I’m very scared.” (M 2)

5) Need for healthcare support

One often overlooked consideration for gestational loss is that a woman has a period of internment in the hospital, which is often difficult and painful for her given that she is in a hospital environment and often surrounded by pregnant women – mothers who have just given birth, as well as newborn babies. Nazaré et al. (2013) note that women in these conditions become physically and emotionally weakened, and therefore need support and attention by a whole network, including healthcare professionals. A humanized support system in the context of gestational loss should not be only for tending to physical pain, but also present to tend to psychological pain, also essential for the mourning process (Worden, 2008). The importance of this aspect is evidenced below:

“And then a feeling of abandonment overcame me. You know, it’s difficult for a mother that lost her baby, to be with the baby inside her belly, to be in the same place with women who are about to give birth, with women who are having contractions but know that the pain is going to pass and are soon going to have a child in her arms. I thought that was cruel. Because I knew that my baby was going to come out and I wouldn’t get to hold him. I felt dead inside there [in the hospital]. (*Cries*)” (M 2)

“The worst part here [in the hospital] was to see babies being born and know that mine wasn’t going to be born. (*Cries*)” (M 12)

6) Paternal suffering

In relation to the question of gender, some studies regarding gestational loss indicate that, since the woman is the one who carries the baby in her womb, she carries a greater sense of guilt with the loss in comparison to the man (Defey, D. *et al.*, 1992). Fathers, according to McCreight (2004), typically show a more controlled response toward the loss due to the need to be “strong” and offer support to the woman.

The interviewed women highlighted the pain from their companions:

“The pregnancy is not just a woman’s but a man’s as well, right? So, there is a lot of suffering. And the father ends up suffering, too.” (M 7)

“Pregnancy doesn’t begin with only one person; there are two people involved. Why do women only have rights [to a work leave to mourn]? Women carry the babies inside them. But men form part of it as well.” (M 7)

“How is it that a father doesn’t get to stay with his wife? The wife just lost a child. And the child is his, too, it’s not just the wife’s. Why can’t he stay at home at least one day? What about his feelings?” (M 5)

7) The need of someone

The presence of family members plays an important role in supporting women that lost children. To be able to count on the support of the dearest and closest people is important

at that moment. The father of the child has been described as an essential figure (Conway; Russell, 2000). But the mother's mother is also a central figure. This is evidenced below:

"If he hadn't been there, it would have been... it would have been worse, my suffering would have been more for sure." (M 3)

"You can have your entire family, but the only person that you want to talk to is the father [of the child], I want to talk to him, I feel I have more freedom to talk to him about the issue because he also is going through the same thing, not as intense as me, but he is by my side and he is going through the same things that I'm going through, and that's why I think he should have some time off as well, and he has nothing, he had to work." (M 1)

"It was really awful because have the father [of the child] by your side, you wouldn't have been less sad, because it is very sad. But you would feel more secure, more supported. At that moment you want support, someone at your side." (M 6)

8) Who is this baby?

It needs to be understood that gestational loss implies, on the part of the parents and family, an abandonment of a family project – even when this occurs in the first weeks of pregnancy. For many families, the fetus not only had a tentative name, depending on the gender, but also had a family heritage in terms of projects and investments (Aguiar; Zornig, 2016). According to Aguiar and Zornig (2016), the parents lost the promise of a child, the promise of paternity and maternity, and the death of this child represented someone who was never totally independent from them and from their plans. These feelings appeared in the interviews below:

"It felt like it was going to be a girl. But I don't know." (M 9)

"The baby was going to named Maria Eduarda or Lucas – which is what my husband chose if it were a boy. (*Cries*). But it's really hard." (M 3)

Soubieux (2014) highlights that child lost during gestation in the psyche of the parents will not be the same. The mourning period will be the time of coming to terms with the life that existed and then ceased to exist. When mourning is realized, it can generate a surprising psychic reconstruction. And the gestational loss is paradigmatic, whereby it can be revived in future pregnancies (for the parents and for people close to them). In the specific case of gestational loss, the lack of recognition – and a lack of a support network – can transmit a message to the parents that the loss is unnecessary, and thereby creating further difficulties (Public Health Agency of Canada, 2000).

The parents must adjust to the diverse levels associated with the loss: external (relative to the day-to-day functioning of the person), internal (referring to the identity of the person and the diverse roles that she or he assumes, namely mother and father, the absence of other children, roles the person may not know how to continue, or not, to assume) and spiritual (involving beliefs, values, and assumptions of people). Finally, the mourning

process is concluded when the person is capable of emotionally integrating the loss of the child and continuing on with her/his life. This does not imply ending the relationship with the lost child, but instead recreate it in a way that allows the parents to cope with the loss.

The symptoms that come with loss are more intense in the first months following the occurrence, though varying regarding the diversity and intensity, and being highly variable (Nazaré, 2012; Kavanaugh; Wheeler, 2003). This encompasses the relationship between mother and father, the connection with the child (i.e. the level of desire of wanting a child), the length of the pregnancy, and the existence of past losses. Finally, the familial and social support available, the type of relationship with other family members, and the attitudes of healthcare professionals are assumed to be the most relevant factors in coping with the loss.

To simply not worry about what happens to the mother after she leaves the hospital creates a “conspiracy of silence.” A woman who has suffered a gestational or post-partum loss should have the right to speak openly about what happened to her, to speak about her frustrations and feelings of guilt and impotence; not to confront such immense sadness, but to support her and her family’s life after the loss. The family needs to be taken care of in a contingent manner and not excluded from the healthcare team.

Hence, it is important to construct, develop, and nurture a support network and partnerships of outreach to improve the healthcare service to patients and their loved ones who may be undergoing psychosomatic, affective, psychological and/or spiritual suffering caused by gestational loss. Furthermore, a new perspective regarding fetal and perinatal death within the healthcare profession needs to be taken into consideration. Specific actions by healthcare and legal professionals, new legislative policies, monitoring and research for effective, fact-based interventions for people following gestational losses are necessary to pursue for the future (Aguar; Zornig, 2016).

The interviews also have offered evidence that the suffering of fathers following a gestational loss is often ignored. But, in fact, the couple suffers together. The inexistence of the worker leave policies for fathers after a gestational loss demonstrates a gender inequality, and furthermore shows not only the invisibility of paternal suffering but also the invisibility of the unborn child. However, paternal pain is legitimate independent of how long the pregnancy lasted. New directives of support, including support for gestational loss as a basic indicator of healthcare quality, are fundamental in this respect.

CONCLUSIONS

The documented accounts of mourning mothers in this study show the premature tendency to return to daily activities and work as a coping strategy for mourning. Instead, we underscore the importance of individualizing healthcare for return to such activities on a case-by-case basis. Another strategy we have documented in the interviews is the coping through religion and/or spirituality: that is, strategies which capture feelings of hope and faith, independent of the religion that they may practice.

In the speech of the interviewees, feelings related to the female role in society and her identity as a woman are revealed, the sensation of losing control of one’s life and body, broken dreams, feelings of incompleteness, guilt, personal defeat, and feelings of inferiority. The evidence also presents that women do not just suffer the loss of a child, but must also learn to navigate a new reality: a new relationship with herself and her body, with other women, with the

idea of maternity, with the idea of being an ideal woman, and so forth. These are significant topics that offer outlets for more research in terms of gestational loss and mourning.

There is evidence presented herein that current labor laws regarding gestational loss – in special for fathers – have not been recognized and supported. However, this pain can be intense and is not exclusive to women, but to the couple. Having one's partner during this period creates a mutual support system, and is fundamental to the mourning process following gestational loss. Mothers going through mourning cite the importance of having someone nearby during their time of interment in the hospital for support and to talk about their feelings, which helps them to not feel isolated and unsupported – the chosen person typically being their partner or their mother.

We have verified the need for intervention to such patients on behalf of healthcare teams and other related networks. Training of functionaries who work in these areas is essential. A multidisciplinary approach is desirable to tackle the problem of perinatal mourning and prevent its harmful effects. It is also important to deepen our knowledge of this problem, to discover the specifics and nuances of gestational loss so to offer better, more adaptable healthcare systems, adjusted on a case-by-case basis, whereby there is not improvisation but operating in a systematic and long-term manner over the duration of the mourning process. It is furthermore important to construct, develop, and create a supportive network and partnerships to better tend to patients and their loved ones who may be affected by psychosomatic, affective, psychological and/or spiritual distress following gestational losses.

In short, a new and holistic perspective about gestational loss needs to be examined and acted upon. Such medical interventions are fundamental so that higher quality healthcare is offered to patients and their family members. This should include improving the physical space where mothers are placed during their time in the hospital, and better training for healthcare professionals, so to care for these mothers in the best, most humane manner possible. Such care should also include basic healthcare units, creating strategies with the family during pre-natal care and following the loss, constructing a comprehensive therapeutic strategy capable of making a humanized form of care, whereby there are spaces for women to share their painful feelings during the mourning period following gestational loss. And, finally, that this becomes a normalized practice in healthcare services.

Disclosure of interest

The authors report no conflict of interest.

REFERENCES

- Aguiar, H., & Zornig, S. (2016). Fetal grief: interruption of a promise. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-81. <http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>.
- Brownlee, K., & Oikonen, J. (2004). Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. *British Journal of Social Work*, 34(4), 517-529. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch063>.
- Callister L. C. (2006). Perinatal loss: a family perspective. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227-236. <https://doi.org/10.1097/00005237-200607000-00009>.

- Cardoso, B. B., Vieira, F. M. S. B., & Saraceni, V. (2020). Abortion in Brazil: what do the official data say?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(Suppl 1), e00188718. <https://doi.org/10.1590/01002-311x00188718>.
- Conway, K., & Russell, G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *The British journal of medical psychology*, 73 Pt 4, 531-545. <https://doi.org/10.1348/000711200160714>.
- Dahdah, D. F., Bombarda, T. B., Frizzo, H. C. F., & Joaquim R. H. V. T. (2019). Systematic review about bereavement and occupational therapy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 186-196. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1079>.
- Defey, D., Diaz Rossello, J. L., Friedler, R., Nuñez, M., & Terra, C. (1992). Duelo por un niño que muere antes de nacer. In *Duelo por un niño que muere antes de nacer* (pp. 157-157).
- Frøen, J. F., Friberg, I. K., Lawn, J. E., Bhutta, Z. A., Pattinson, R. C., Allanson, E. R. ... & Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group (2016). Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* (London, England), 387(10018), 574-586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1).
- Gaudet, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 240-251. <https://doi.org/10.1080/02646830903487342>.
- Heazell, A., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., ... & Lancet Ending Preventable Stillbirths investigator group (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* (London, England), 387(10018), 604-616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3).
- Homer, C., Malata, A., & Ten Hoop-Bender, P. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *Lancet* (London, England), 387(10018), 516-517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7).
- Horton, R., & Samarasekera, U. (2016). Stillbirths: ending an epidemic of grief. *Lancet* (London, England), 387(10018), 515-516. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01276-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3).
- Jenkins, M., & Heustis, J. (2005). *Companioning at a time of perinatal loss: a guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins: Companion Press.
- Kavanaugh, K., & Wheeler, S. R. (2003). When a baby dies: caring for bereaved families. In C. Kenner, J. W. Lott (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing: a physiologic perspective* (pp. 108-126). Philadelphia: WB Saunders.

- McCreight, B. (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness*, 26(3), 326-350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x>.
- Nazaré, B., Fonseca, A. L. M., & Canavarro, M. C. (2013). Adaptive and maladaptive grief responses following TOPFA: actor and partner effects of coping strategies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), 257-273. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.806789>.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Grief following termination of pregnancy for fetal abnormality: does marital intimacy foster short-term couple congruence? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 168-179. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.693154>.
- Neale, J. (2016). Iterative categorization (IC): a systematic technique for analysing qualitative data. *Addiction*, 111(6), 1096-1106. <https://doi.org/10.1111/add.13314>.
- Public Health Agency of Canada. (2000). Family-centred maternity and newborn care: national guidelines. Ottawa: PHAC.
- Romesín, H. M., & Verden-Zöller, G. (2012). *The origin of humanness in the biology of love*. Exeter: Pille Bunnell.
- Soubieux, M. J. (2014). Le deuil périnatal, un impensable à penser. *Le Carnet PSY*, 185(9), 22-24. <https://doi.org/10.3917/lcp.185.0022>.
- Stirtzinger, R. M., Robinson, G. E., Stewart, D. E., & Ralevski, E. (1999). Parameters of grieving in spontaneous abortion. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(2), 235-249. <https://doi.org/10.2190/UDW4-2EAG-1RTY-D1Y4>.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>.
- Williams, H. M., Topping, A., Coomarasamy, A., & Jones, L. L. (2020). Men and miscarriage: a systematic review and thematic synthesis. *Qualitative Health Research*, 30(1), 133-145. <https://doi.org/10.1177/1049732319870270>.
- Worden, J. W. (2008). Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner. 4a ed. New York, NY: Springer.

Copyrights

Copyright for this article is retained by the author(s), with first publication rights granted to the journal. This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 TRABALHO DESENVOLVIDO DURANTE O DOUTORADO

Tradução do livro “Morte Perinatal” (Entender e medir seu impacto para melhor acompanhar os que são a ela confrontados). Simpósio organizado pela associação francesa AGAPA, em 2014, cuja tradução foi autorizada pela entidade (APÊNDICE D).

6.2 DECLARAÇÃO DA DOUTORANDA SOBRE A PESQUISA

As transcrições das entrevistas foram feitas meses após a coleta. Não imaginava a dor pessoal vivenciada por mim, ao reler os depoimentos lembrando de cada mãe e dos detalhes que foram compartilhados comigo. Isso ficou mais evidente ao me propor fazer as transcrições em bloco, num período de alguns dias que reservei exclusivamente para esta etapa, sabedora da importância dela e da necessidade de não ser interrompida pelas ações do cotidiano. Percebi que aquela que mais me marcou teve sua transcrição deixada por último, embora tenha sido uma das primeiras realizadas. Talvez porque, inconscientemente, tenha percebido o quanto ela havia mexido com meu interior. No dia a dia do Hospital, encerramos nossa jornada de trabalho e temos a ilusão que deixamos ali as vivências dolorosas com as quais nos deparamos no nosso cotidiano hospitalar. Mas perceber a continuidade dessa dor, ao voltar à casa das pacientes, 30 dias após a perda, sensibiliza-nos muito e realmente nos faz pensar em como é importante a equipe estar capacitada para fazer todo o possível para que as feridas abertas pela perda, caminhem para uma cicatrização saudável, ainda que dolorosa. É uma longa jornada, porque cada paciente é único e a dor vivenciada de forma diferente por cada um em diferentes momentos. Mas o desafio da proposta de poder minimizar um pouco o sofrimento das pessoas com nossas ações, nossa escuta atenta e nossa atuação no dia a dia da maternidade é um horizonte que se abre à nossa frente.

6.3 REFLEXÕES E QUESTIONAMENTOS A PARTIR DOS ACHADOS DESSE ESTUDO E PROPOSTAS E DIRECIONAMENTOS PARA PESQUISAS FUTURAS

Verifica-se uma necessidade de intervenção junto as equipes de saúde e incentivar a reflexão dentro delas e nas redes de atenção. A organização de treinamento sob medida para todos os funcionários que lidam na área é essencial. Um trabalho multidisciplinar é desejável para abordar a problemática do luto perinatal e prevenir seus efeitos deletérios. Importante aprofundar o nosso conhecimento, descobrir as especificidades e sutilezas do luto perinatal para oferecer um suporte e acompanhamento cada vez mais adaptados, ajustado a doses individualizadas, não apenas operando no momento, mas no longo prazo, no tempo de duração do luto. Importante construir, desenvolver e tecer uma rede de apoio e parcerias cada vez mais abrangente para melhorar o atendimento aos pacientes e às pessoas de sua convivência, que estejam em sofrimento psicossomático, afetivo, psicológico e ou espiritual pela vivência de uma perda seja ela gestacional ou perinatal. A família precisa ser cuidada de forma contingente e não excluída do pensamento da equipe de saúde. Um novo olhar: “morte fetal e perinatal”; tornou-se uma questão de todos os profissionais da área da saúde que assistem à família, junto com a discussão dos seus tabus. A morte de um bebê esperado e o atendimento contextualizado à história dessa família, resultaram em mudanças nas práticas de humanização em andamento. Sendo fundamentais intervenções hospitalares que levem a um melhor cuidado com as pacientes que tiveram perda gestacional e seus familiares incluindo melhora do espaço físico onde ficaram durante o período de internação e uma preparação maior dos cuidadores para atendê-las de forma mais humanizada. Esses cuidados devem incluir também as unidades básicas de saúde, criando estratégias de cuidados com a família no atendimento pré-natal e após a perda, construindo um projeto terapêutico singular e que esse seja uma realidade no cotidiano dos serviços de saúde.

7 CONCLUSÃO

Foram evidenciados poucos estudos sobre as condições emocionais maternas e suas vivências do luto na situação do aborto espontâneo para o retorno das mesmas a suas atividades profissionais. As dificuldades de se falar sobre a perda gestacional na situação do aborto espontâneo, e a vivência deste luto, no ambiente social, familiar e laboral, indicam a necessidade de reflexões mais atentas sobre esta morte e o sofrimento nela envolvido. Os dados obtidos evidenciam que uma perda fetal no início da gestação, como no caso de um aborto espontâneo, causa sofrimento, o que não era visto até então pela sociedade, e que tem que ser levado em consideração.

Os principais resultados desta pesquisa, por meio das falas das puérperas enlutadas entrevistadas, mostram uma tendência para a volta precoce ao trabalho como uma estratégia para elaborar melhor o luto. Não foi alvo deste estudo a qualidade do exercício profissional, mas fica um espaço em aberto para futuras investigações. Ressalta-se a importância de individualizar o retorno em cada caso, respeitando as questões individuais e próprias de cada mulher. Apareceram, sentimentos relacionados ao papel feminino na sociedade e de sua identidade como mulher, sensação de perda de controle da própria vida, quebra de sonhos, sentimento de incompletude, culpa e derrota pessoal: sentimentos de menos valia como mulher, ferida aberta na identidade feminina. Ficou evidenciado que a perda não foi apenas do bebê, sendo mais ampla pelas perdas subjetivas: de identidade, ideal, erotismo e o seu papel da mulher na sociedade.

Outra estratégia de enfrentamento utilizada pelas gestantes desse estudo, foi a busca de práticas religiosas, isto é, estratégia que engloba sentimentos de esperança e fé, independente da religião que frequentam, conferindo algum significado diante do que viveram.

Evidenciou-se uma vulnerabilidade trabalhista, com necessidade de assistir o pai, na perda gestacional, dor não reconhecida, negligenciada e não amparada legalmente. A inexistência de licença trabalhista para o pai numa perda gestacional menor de 22 semanas mostra a invisibilidade do luto paterno, mas também da invisibilidade de um filho, mas que essa dor, que é legítima, independentemente do tempo que seu filho esteve aqui. Os efeitos sobre os homens podem estar sujeitos a negligência não

intencional por profissionais de saúde, que geralmente se concentram em sintomas biológicos, confinados às mulheres. Mas, a dor real é intensa mostrando que o luto não é exclusivo da mulher e sim do casal e que a possibilidade da presença do companheiro(a) neste período, leva a um apoio mútuo, fundamental na elaboração da vivência deste luto pela perda gestacional. As mães enlutadas entrevistadas neste estudo, citam a importância de terem acompanhante durante o período da internação para terem alguém com quem conversar e falar de seus sentimentos, para evitar que se sintam isoladas e desamparadas. O diálogo e o compartilhamento de ideias no núcleo familiar e no relacionamento do casal, se mostraram por meio dos relatos deste trabalho, importantes bases de apoio no enfrentamento da perda.

Os depoimentos nos convocam a um debate sobre a assistência hospitalar e mostraram que estas mães precisam do acolhimento, atenção e suporte dos profissionais de saúde das instituições. Os sentimentos de perdas, o silêncio seguido do choro fácil, além das pausas que “cortaram” as falas ficou muito evidente em todas as entrevistas, evidenciando um encontro com os limites da representação, ou seja, há uma impossibilidade de significar com palavras a realidade da morte deste bebê.

Este estudo deixou claro que no contexto da perda gestacional a assistência no atendimento humanizado deve se preocupar, não apenas com a expressão da dor física que decorre do procedimento médico realizado, mas se fazer presente para oferecer escuta e acolher também a dor psicológica, o que é fundamental para a elaboração do luto. Este trabalho abre portas para a importância da escuta dos pais enlutados, dando voz a eles e levando as equipes de saúde a compreender a importância, por meio das falas dessas mães e de seu companheiro(a), da experiência emocional vivenciada diante de uma perda inferior a 22 semanas de idade gestacional.

Ainda serão necessárias muitas ações específicas pelos profissionais da área da saúde e do direito, formulações de políticas, monitoramento e pesquisas para cobertura efetiva de intervenções comprovadas que permitam a elaboração deste luto, para a sobrevivência com qualidade desses pais após uma perda gestacional.

Muitos caminhos ainda a percorrer na abordagem do luto perinatal.

APÊNDICE A - Protocolo de coleta de dados demográficos

Título da Pesquisa:	Parentalidade na perda gestacional – o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais.		
Pesquisadora:	Gláucia Maria Moreira Galvão		
Instituição:	Maternidade Odete Valadares		
I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA			
Nome: _____			
Endereço: _____			
Cidade: _____		Telefone: _____	Idade: _____ anos
Estado conjugal:	<input type="checkbox"/> Solteira	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outro: _____
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Nenhuma	Nº. de anos de aprovação: _____	
Ocupação (tipo de atividade atual):	Possui Carteira assinada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
II - DADOS OBSTÉTRICOS			
Antecedentes pessoais:	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	Outros: _____ <input type="checkbox"/> Nenhum
Nº de gestações:	<input type="checkbox"/> Primigesta	<input type="checkbox"/> Secundigesta	<input type="checkbox"/> Multípara
Nº de partos: _____	Nº de abortos: _____		
Prematuridades prévias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Número de filhos vivos: _____	Idade dos mesmos: _____		
Data do último parto: ____/____/____			
III - GESTAÇÃO ATUAL			
Número de consultas de pré-natal: _____		Local do pré-natal: _____	
<input type="checkbox"/> Menos que 3	Motivo: _____	<input type="checkbox"/> De 4 a 5	<input type="checkbox"/> Maior ou igual a 6
<input type="checkbox"/> M.O.V.	<input type="checkbox"/> Outro hospital	<input type="checkbox"/> Posto de saúde	Outro: _____
Idade gestacional da primeira consulta: _____ semanas			
Hospitalização na gravidez:	<input type="checkbox"/> Sim	Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Não
Fumante:	<input type="checkbox"/> Sim	Nº. de cigarros por dia: _____	<input type="checkbox"/> Não
Consumo de álcool:	<input type="checkbox"/> Sim	Frequência: _____	<input type="checkbox"/> Não
Uso de drogas ilícitas:	<input type="checkbox"/> Sim	Qual(ais): _____	<input type="checkbox"/> Não
Intercorrências:	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia
	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas	<input type="checkbox"/> Eclampsia	Outros: _____

1.1 Dados familiares (coletados na 1ª entrevista)

O pai deste bebê é o mesmo dos outros filhos

Sim Não Não tenho outro filho

Tempo de convivência: _____ anos

1.2 A avó materna

Vivo Mora com a família Mora em BH

Mora em outra cidade Visita a família Frequência _____

Não visita a família Falecido

1.3 O Avô materno

Vivo Mora com a família Mora em BH

Mora em outra cidade Visita a família Frequência _____

Não visita a família Falecido

1.4 A avó paterna:

Viva Mora com a família Mora em BH
 Mora em outra cidade Visita a família Frequência _____
 Não visita a família Falecido

1.5 O avô paterno:

Vivo Mora com a família Mora em BH
 Mora em outra cidade Visita a família Frequência _____
 Não visita a família Falecido

APÊNDICE B - Questionário para segunda entrevista

Perguntas norteadoras:

- Como você está se sentindo
- Como você está se adaptando?
- O seu dia a dia dentro da sua rotina como está?
- Você já voltou a sua rotina profissional? Se sim, especificar quanto tempo após a perda.
- Como foi voltar ao trabalho? Nos fale um pouco sobre esta volta

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Parentalidade na perda gestacional – o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais”.

Este convite está sendo feito por mim, Gláucia Maria Moreira Galvão responsável pela pesquisa. Esta pesquisa pretende avaliar o tempo que mães que tiveram perda gestacional, tiveram condições de retorno a atividades profissionais. Acreditamos que ela seja importante ouvir quem passou por esta situação.

Para sua realização será feito entrevistas com mães que tiveram perda intraútero de seus bebês em gestação menor de 22 semanas. Sua participação constará de duas entrevistas sendo a primeira logo após a perda, a segunda 1 mês após.

Será tomado o cuidado durante a entrevista de não gerar constrangimentos ou distúrbios emocionais. Caso estes ocorram se você desejar, será encaminhado a psicóloga que dá suporte a pesquisa, sendo esta assistência gratuita.

Os benefícios que esperamos com o estudo são de ordem social mostrando o tempo real que uma gestante que sofreu uma perda gestacional precisa antes do retorno ao trabalho.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com o pesquisador ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. As entrevistas serão gravadas.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **NEP da Maternidade Odete Valadares**, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa (gravações e transcrições dos dados) ficarão arquivados com o pesquisador responsável no **NEP da Maternidade Odete Valadares** por um período de 5 (cinco) anos no qual será garantido confidencialidade e após esse tempo serão destruídos (resolução CNS 466/2012).

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Parentalidade na perda gestacional – o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante

Data

Assinatura do participante

Nome completo do Pesquisador Responsável: Gláucia Maria Moreira Galvão

Endereço: rua Maranhão 1061 apt 1001 Funcionários

CEP: 30150331 / Belo Horizonte – MG

Telefones: (31) 983315796

E-mail: gmmgbh@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável (doutorando)

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

APÊNDICE D - Tradução do livro: Morte Perinatal

Morte Perinatal (Entender e medir seu impacto para melhor acompanhar os que são a ela confrontados). Simpósio organizado pela associação francesa AGAPA com autorização da mesma.

<p>PEDIDO E CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E PUBLICAÇÃO DESTE DOCUMENTO</p> <p>Bonjour Madame, 2 de julho de 2018 Nous vous remercions de votre message et de votre intérêt pour notre association.</p> <p>Nous sommes très ravis que vous ayez trouvé des informations intéressantes dans les actes de ce colloque. Nous sommes aussi touchés de tout le travail que vous avez fait avec votre professeur de français pour mettre ces actes à la disponibilité de vos collègues. Il n'y a pas besoin de validation de notre part, ces actes ne sont que la transcription de ce qui a été dit le jour du colloque. Nous sommes à votre disposition pour toute autre information ou pour un échange par téléphone ou Skype.</p> <p>Bien cordialement, Zoi ERPAPAZOGLOU AGAPA 42, rue st Lambert-75015 Paris 01 40 45 06 36 www.agapa.fr https://www.facebook.com/AssociationAgapa</p> <p>----- Message d'origine ----- De: "Gláucia Maria Moreira Galvão" <gmmgbh@gmail.com> À: contact@agapa.fr Envoyé : 28/06/2018 19:19:33 Email : gmmgbh@gmail.com Téléphone : +55 31983315796</p> <p>Chers membres de la présidence d'Agapa Je suis docteur en néonatalogie et en ce moment je prépare un doctorat à l'Université Fédérale de Minas Gerais, Brésil, portant sur le temps de deuil dans la Mort Périnatale pour le retour au travail. J'ai eu accès au matériel du colloque que vous avez tenu le 22 septembre 2014, qui m'a beaucoup intéressée. J'ai été ravie de la profondeur de son contenu. Alors, je me suis mise à la traduction de votre document dans le but de le partager avec mes conseillers et l'équipe multi-professionnelle de l'hôpital où je travaille, puisqu'ils ne sont pas tous capables de lire en français. Je voudrais savoir si la traduction que j'ai effectuée, avec l'aide de mon professeur de français, doit d'abord être validée par vous avant d'être partagée</p>	<p>avec le personnel de l'hôpital et les membres guides de mon travail de doctorat. Si c'est le cas, je vous demande de bien avoir la gentillesse de m'indiquer les mesures à prendre.</p> <p>Dans l'attente de votre réponse, que j'espère favorable, je vous prie, chers Messieurs et Mesdames, d'accepter mes salutations distinguées.</p> <p>Gláucia Galvão gmmgbh@gmail.com</p> <p>glauca.galvão@gmmgbh@gmail.com para Association Bonjour, Madame Erpapazoglou</p> <p>Merci beaucoup pour votre attention et votre affection. Au Brésil, le deuil après la perte d'un bébé de moins de 22 semaines de gestation n'est que de 15 jours pour la mère et le père n'a pas de jour de congé, il est dit que le retour est une thérapie du travail, je ferai mon doctorat en utilisant des entretiens avec les parents et les mères que ont perdu leurs enfants. Les entretiens seront faits 1 mois et 3 mois après la perte pour évaluer si le retour au travail est une thérapie de travail ou si nous devons donner plus de temps au couple. Si j'aurais besoin d'aide, vous pouvez être sûr que je vais vous contacter. Votre travail est merveilleux et le matériel du symposium de 2014 aidera grandement le personnel de l'hôpital à faire face aux pertes et à aider les parents.</p> <p>Bien cordialement, Gláucia Galvão gmmgbh@gmail.com +5531983315796 Maternidade Odete Valadares - Belo Horizonte - Minas Gerais-Brasil Association Agapa <contact@agapa.fr> 6 de jul</p> <p>Bonjour, Je vous remercie pour ces précisions. En effet, le retour au travail après la perte d'un bébé est une vraie question pour beaucoup de parents, nous le constatons aussi avec les personnes que nous accompagnons. Nous serons donc très intéressés par les résultats de vos recherches!</p> <p>Bonne continuation, Zoi ERPAPAZOGLOU AGAPA 42, rue st Lambert-75015 Paris 01 40 45 06 36 www.agapa.fr https://www.facebook.com/AssociationAgapa</p>
--	--

MORTE

Entender e medir seu impacto para melhor acompanhar os que são a ela confrontados.



PERI- NATAL

Simpósio
organizado
pela AGAPA



APÊNDICE E - Resultados adicionais e reflexões complementares e questionamentos a partir dos achados desse estudo

Trinta e quatro pacientes preencheram os critérios de inclusão e foram contactadas para a primeira entrevista. Para a segunda entrevista, 12 compareceram e foram entrevistadas, em local de escolha própria, 30 dias pós-perda neonatal. Cinco preferiram entrevista, a distância, por telefone. Outras três agendaram as entrevistas, mas não compareceram ao local escolhidos por elas próprias.

As demais pacientes, em número de 10 não foram contactadas, como colocado na descrição da amostra e houve quatro recusas.

As dificuldades de se falar sobre a perda gestacional e a vivência do luto, no ambiente social, familiar e laboral, indicam a necessidade de reflexões mais atentas sobre a morte perinatal e o sofrimento nela envolvido. Detectada falta de apoio, inclusive familiar para que a mulher receba cuidados especiais neste período. Não foi observado, nas tentativas de agendamento da segunda entrevista nenhuma atitude mostrando que o entorno familiar ou mesmo social estimula a mulher a cuidar de si após tais vivências.

Os dados obtidos evidenciam de que uma perda de gravidez ou um aborto espontâneo, causam sofrimento, o que não era visto até então pela sociedade e que tem que ser levado em consideração.

RESULTADOS E DISCUSSÕES DAS CATEGORIZAÇÕES (depoimentos na íntegra)

1 Sintomas do luto

a) Relato de culpas, fracasso e vergonha

Esse luto é especial, pois remete as experiências destas mulheres, da gestação, da perda em si e dos cuidados ao seu corpo a aspectos arcaicos e originais de sua vida. Para além de um luto psíquico, um luto físico: a ferida está ligada intimamente ao corpo da mulher, toca sua identidade feminina levando a culpa e ao sentimento de fracasso da mãe e da mulher. Vem à tona uma desvalorização da autoimagem, pelo

sentimento de que seu corpo não pôde funcionar adequadamente durante a gestação ou pela crença de que não é capaz de desempenhar seu papel biológico e conjugal (STIRTZINGER; ROBINSON; STEWART, 1999).

Em nossa sociedade, o exercício da maternidade é visto como uma função natural da mulher, considera-se que ser mãe é uma realização plena do feminino. Logo, quando a mulher não consegue exercer essa “função natural” de gerar um bebê perfeito e saudável, é acometida, muitas vezes, por um sentimento de incompletude e inferioridade.

Evidenciado nas falas a seguir:

“A cabeça da gente fica muito confusa. Hoje eu tô com a mente melhor. Mas é impressionante como no início você não consegui raciocinar nada, nada, em questão de autoestima, de tudo. Eu tenho tido uma dificuldade muito grande de lidar comigo no espelho, nos últimos dias. Eu olho pro espelho... *Mas eu não me sinto*, parece que eu estou vazia, a sensação é esta. Aí eu fico me olhando no espelho, e às vezes até eu evito... olhar... sabe? Que a sensação é esta mesmo, um vazio, assim. Ontem mesmo eu fiz uma pergunta pro meu marido, e eu tava morrendo de medo de perguntar, perguntei pra ele assim: se eu não puder te dar filhos, você vai continuar comigo? Aí ele falou: claro que eu vou continuar com você.” **(M 2)**.

“Não é a dor física mais, é a dor emocional, porque eu não sinto dor mais não. Nenhuma, Mas o psicológico, ela mexe muito, é uma coisa que eu nunca senti na vida, pra ser bem sincera com ocê nunca sente... nada disto... esta dor emocional, essa... a gente sente dor. Ele sempre fala mas nossa. Está dor não passa. A gente sente um pouco. lá no fundo a gente se sente um pouco culpada. Mesmo sabendo que eu não fiz nada pra causar isto.” **(M 1)**.

“Quando eu fiz o ultrassom é que eu contei pra todo mundo, que eu estava grávida e aí depois, receber a notícia que o bebê estava morto, aí foi muito difícil. Ter que contar pra todo mundo, explicar, escutar as pessoas te acusando, que você tem problema, que o problema é você, que eu tenho que fazer tratamento, contar isto também é difícil (choro).” **(M 3)**.

b) Funcionamento nostálgico. Busca de evidências da existência desse bebê

Segundo Soubieux (2014), o nostálgico faz um uso particular de memória que permite suspender a perda. Tudo se passa como se a perda afetasse a si mesma e que ela pudesse ser preenchida por uma operação simples da mente. O “Luto admite a perda, a depressão a recusa e a nostalgia o contorna.” “Nós hipotetizamos que” este bebê em si, “este objeto” percebido “ainda não identificado, perdido brutalmente antes do prazo, pode ser transformado e renascer sob a forma de uma fantasia nostálgica”. O

lamento da ausência permite ao nostálgico existir fazendo viver o objeto que perdeu. Alguns pais mantêm o bebê morto, como se vivo, um objeto nostálgico que eles animam e reanimam. Este funcionamento nostálgico permite continuar a pensar no pequeno bebê ausente, revivê-lo condicionalmente e dar-lhe o seu lugar (SOUBIEUX, 2014).

Sintomas evidenciados abaixo, nas falas das entrevistadas:

“Eu sonhei, antes deu descobri que a gravidez era anembrionada, eu não sabia, eu cheguei a sonhar, tive um sonho. Que era uma menina branquinha, parecida com meu companheiro, do olhinho puxado sabe? Uma menina mais linda. Eu não tinha dado nome pra ela, a gente ia escolher um nome ainda. Eu tava na dúvida ainda dos nomes. Eu me lembro muito bem, o sonho parecia tão real o sonho. Era uma menina tão bonitinha, e aí eu vi que era uma menina no sonho.” **(M 10)**.

“Eu vou pra faculdade, eu vou pro serviço. Mas não é a mesma coisa. Não é... eu fico pensando agora eu estaria com tantos meses... (choro), por mais que eu não tinha planejado a gravidez, mas era minha filha (choro).” **(M 12)**.

- c) Sintomas emocionais (dificuldades de adormecer, dificuldades de concentração, irritabilidade, etc.)

A morte do feto cessa abruptamente a gravidez, dando origem a uma angústia avassaladora. Para a mulher grávida, a perda do seu bebê é uma experiência dolorosa, mesmo que ocorra no início da gestação. Nos relatos observou-se o sentimento de tristeza, surpresa e impotência diante da perda.

“Tipo assim, eu não consigo focar em outra coisa. Toda hora, eu fico pensando nisto praticamente 24 horas. Eu durmo, eu tenho pesadelos, no início eu tinha pesadelos horríveis.” **(M 5)**.

“O tanto querendo engravidar, depois da perda acho que eu fiquei desorientada. Assim, eu tô esquecendo as coisas.” **(M 9)**.

“Eu fiquei meio assim, pra falar eu e pensar, eu tô e não tô, porque a cabeça tá assim, é muita cobrança, o povo fica falando, porque, o que, aonde, quando, e não é assim que funciona as coisas.” **(M 9)**.

A mãe retoma sua história com sua própria mãe, encontra as lembranças que teceram sua vida de mulher, sua vida sexual e, também, os traços indizíveis e não representados que revivem uma época em que ela era um bebê, cuidado e amamentado por sua mãe. O que é evidenciado nesta fala:

“E mesmo eu não tendo desejado ela desde o início (suspiro) mas eu sou grata a ela por ela ter vindo, eu acho que eu descobri o amor que a minha mãe sente por

mim eu descobri por ela, mesmo eu não tendo segurado ela no colo, não tive aquele contato, né? Nosso contato eu acho que foi mais de alma mesmo né? (Choro) E eu mesmo a gente não ter tido esse contato, mas eu sou grata por ela ter vindo. Teve momentos muito mágicos. - E eu fui muito amada quando ela tava aqui. Minha mãe me amou muito.” **(M 8)**.

d) Vivência corporal feminina

Uma percepção de que o seu corpo mudou, seu peito aumentou e sua pélvis se alargou, deixando traços indeléveis que o bebê existiu em sua cavidade uterina. Dor que marca o corpo da mãe, transformado em lugar de memória. Até a perda embrionária e a esperança que ela abrange, necessita de uma assistência psicológica.

Isso fica evidente nessas falas:

“Mesmo que eles falaram que a gravidez era anembrionada, é uma gravidez, o corpo transforma, o seu emocional muda. Mexe com sua cabeça, aí você já sente assim um bebezinho ali dentro de você, e aí quando você vai ver não gerou um embrião. Aí você fica triste pensando: poxa, meu corpo desenvolveu, minha barriga começou a crescer, eu ganhei peso. E é muito sabe... eu até comprei, eu chequei até a comprar pra mim coisas pro meu vestuário. Comprei umas roupas maiorzinha, comprei uma calça mais larga. Então assim, comprei até um sapatinho, quando também eu fui dar a notícia pro meu companheiro. Um sapatinho de bebê assim que eu tava grávida. E então depois pra chegar e contar pra ele foi difícil falar com ele que a gravidez era uma gravidez anembrionada. Que eu tava grávida, só que não tinha aparecido um embrião. Ele também ficou muito triste, e começou a chorar. Eu falei com ele: Você tem que ser forte pra mim ser forte também, porque senão eu não vou aguentar. Aí foi isto.” **(M 10)**.

“Eu não sabia que o leite descia. O meu leite desceu pra mim deixar mais triste, (choro) porque eu falo assim, aí meu Deus, eu queria tanto amamentar, a minha vontade, igual eu já tava planejando, até doar meu leite se sobra-se, pra dar as crianças que precisar. Eu queria tanto amamentar, aí meu leite desceu e eu tive que impedir este leite, foi mais doloroso. (chorou muito). Aí eu acordei com o peito muito, muito cheio. Alguma coisa, e aí chegou lá e não tinha como enfaixar, por causa do tanto que tinha leite, pelo tanto que tava empedrado, não tinha como enfaixar, aí, nossa, aquilo ali me doía, e eu chorando pedindo até perdão a Deus, meu Deus o tanto que eu queria, agora eu vou ter que amarrar o meu peito pra impedir o leite (choro).” **(M 5)**.

“Aí foi o processo né, de esperar este leite secar, o processo de ver que tudo que eu tava planejando, simplesmente tinha acabado.” **(M 5)**.

“Quando vou tomar banho, eu fico olhando minha barriga, as vezes estufa minha barriga (pausa com choro) pra pensar e ter a sensação que eu estava grávida. (choro) e meu marido me dá apoio, ele conversa muito comigo e fala: Que é pra gente tentar, de novo, só que eu (choro) por enquanto eu nem quero tentar, isso novamente. Tenho muito medo de ter um terceiro, porque eu já tive 2. (Choro) então eu tenho medo de ter o terceiro... é... aborto. Eu não gosto nem de conversar com ele sobre filho.” **(M 3)**.

e) Relacionamento com outras pessoas (projeção em outras mães)

Defey *et al.* (1992) relatam que é compreensível que sentimentos de inveja em relação às mulheres que tiveram filhos vivos e saudáveis – perceptíveis em si ou não conscientes – possam também emergir trazendo com eles consequências psicológicas de difícil manejo emocional. Isso pode levar a mulher a sentir-se como uma depositária de coisas intensamente temidas na vida do ser humano: a doença que limita as potencialidades das pessoas, a loucura que aliena a autonomia enquanto humano e, finalmente, a morte como evento irreversível de fechamento do ciclo vital:

“Eu fiquei trancada, eu fiquei dentro de casa, muito mais de 15 dias, porque eu não abria esta porta pra nada. Eu não queria que as pessoas me vissem. Eu não queria que a minha família. Fosse na casa da minha sogra aqui o, até hoje eu não entrei na casa dela, porque eu não quero.” **(M 5)**.

“Eu não conseguia ficar em público. Eu não tava conseguindo ficar no meio das pessoas. A hora que eu via as pessoas, eu não queria que as pessoas me vissem.” **(M 5)**.

“A mãe que tem um filho, volta pra casa, volta com a bolsa, tá tudo cheiroso, o quartinho do bebê. Tem o que se ocupar, tá alegre e feliz. Igual eu por exemplo, eu vendo um tanto de mães saindo, com o bebê conforto e eu saindo simplesmente, com o laudo. Com uuu... a única coisa que sobrou foi o ultrassom, dela, eu tenho é o ultrassom (choro) que nem na verdade dá pra ver (choro). E eu cheguei em casa, voltar sem nada. Porque eu voltei sem minha filha. Fui com a minha filha e voltei sem ela. Então assim, eu acho que, nó pra mim foi muito difícil. Eu sinceramente, eu num, eu pensava que, eu não sei nem o que falar. Sei que voltar do hospital sem o bebê, com o esposo, a gente, tipo assim é dar continuidade de que? Olha o sofrimento e o desespero duma mãe.” **(M 5)**.

“Fiquei meio assim, entre aqueles bebezinhos, uma menina, nossa, aí elas perguntou assim: quede o seu bebê. Não eu perdi. Olha desculpa e falarem um tanto de coisa boa pra mim lá. E no dia eu tava doida pra pegar os nenézinhas delas. Peço ou não peço. Aí elas falou: pode pegar. Aí quando eu tava pra ir embora eu pequei um pouquinho as duas, os bebezinhos que tava lá e dei tchau e fui embora.” **(M 9)**.

“Mas como eu trabalho num consultório de ginecologia, quando chegava mãe com criança, meu olho enchia d’água, porque eu ainda não conseguia lidar com esta situação. Pra mim é um pouco difícil. Quando eu vi... vou chorar. Quando eu via uma mãe (fala entre soluços) “pausa com muito choro”. Quando eu via uma mãe amamentando (fala entre choro) um bebê com três dias que tinha nascido, eu segurei para não começar a chorar na frente dela. Ai... porque eu ficava pensando, porque eu não tô com meu bebê... nos meus braços. Porque que aconteceu comigo.” **(M 3)**.

“Lá eu vi uma outra mãe chegando, ela dando à luz..., quando eu escutei o choro do bebê, eu desabei, chorei muito.” **(M 3)**.

“Quando eu comecei a trabalhar, eu verifiquei que realmente, emocionalmente eu ainda não estava bem, é eu só via mulheres grávidas, assim na rua, mulheres com crianças e isto mexia comigo ainda né? A perda ainda mexia bastante comigo.” **(M 11)**.

“Agora depois deste tempo todo é que eu tô começando a voltar a rotina, de novo entendendo, voltar a conversar com as pessoas de novo. Porque nem isto eu não gostava. Nem de ficar sozinha. Eu ficar sozinha...eu fiquei aqui no serviço. Eu tô aqui agora porque eu tava fazendo uns negócios. Mas eu fico ali fora conversando com o povo, porque eu distraio com alguém.” **(M 1)**.

2. Tempo de retorno ao trabalho e a rotina. Busca de ocupação/refúgio no trabalho

O enfrentamento orientado para a restauração (enfoca a forma de lidar com os arranjos da vida sem o ser amado) e a oscilação (que é a alternância entre um e outro) fazem parte do funcionamento após a perda gestacional. O enfrentamento envolve retomar as próprias tarefas do dia a dia, fazer coisas novas, distrair-se (STROEBE; SCHUT, 1999). As ocupações são potentes ferramentas para a intervenção com enlutados, seja como meio ou como fim (DAHDAH *et al.*, 2019). Este enfrentamento na busca da reorganização e refúgio no trabalho, pode ser evidenciado nas falas abaixo:

“Pra mim foi bom, eu acho que o ambiente de casa, é pior pra gente porque você está ali com seu esposo né? Fica aquela lembrança, eu acho que é pior. Acho que voltar a trabalhar foi bom.” **(M 4)**.

“Eu tenho um trabalho, igual eu sugeri a Raquel, ela está afastada a mais tempo. Igual eu falei com ela, faz um bolo dentro de casa, ou um salgado. Faz alguma coisa assim porque acaba que a pessoas distrai, porque você fica aí naquela expectativa, fica pensando naquilo que aconteceu, aí ela acaba sofrendo.” **(M 7)**.

“Eu voltei a trabalhar com duas semanas, eu voltei. Eu fiquei mais em casa quietinha uma semana, e depois eu já voltei já. Foi, foi muito bom. Que acaba que você distrai, você leva sua vida pra frente.” **(M 7)**.

“Os 15 dias em casa eu não me adaptei. Porque eu fiquei sozinha e então minha cabeça não ocupava, ela eu ficava só pensando, eu ficava só deitada, chorava, chorava. Quando eu voltei a trabalhar foi um alívio.” **(M 3)**.

“É voltei a com 14 dias - Em princípio eu achei que estava bem, mas aí depois, quando eu comecei a trabalhar, eu verifiquei que realmente, emocionalmente eu ainda não estava bem. Então emocionalmente falando, né, eu acho que a minha concentração no trabalho não era a mesma... Então realmente 15 dias não são suficientes para este processo de luto.” **(M 11)**.

“Os 15 dias, foi bom assim, pra distrair um pouco, e voltar a trabalhar pra distrair um pouco. Mas eu acho que é meio difícil, até voltar a rotina toda, tirar aquele

pensamento todo. Porque aqui eu fico aqui. Aí eu voltei pra cá e eu fiquei perdida.” **(M 1)**.

“Por isso é que eu falo, eu vim também pra distrair porque aqui eu distraí um pouco, mas bom seria em casa, por causa do repouso. Porque a médica me deu 40 dias, mas ficar sozinha em casa eu não aguentei não. Aí eu voltei com 15 dias. Eu nunca vi uns 15 dias que passou tão rápido na minha vida. E agora depois deste tempo todo que eu comecei a colocar a cabeça no lugar.” **(M 1)**.

“(Entre choros) eu nem sei o que vou falar, não é fácil, não é fácil voltar a trabalhar, mas pra mim foi bom voltar, trabalhar estudar, acho que, quanto mais ocupa a cabeça melhor. Eu só queria esquecer tudo. Tudo, eu só queria esquecer mesmo, tudo que aconteceu. (período de choro). Até hoje, ainda assim a ficha não caiu, mas eu tô indo fazendo minhas coisas, mas não é fácil. Eu não desejo isto pra ninguém. Pra ninguém.” **(M 12)**.

“Na verdade, até hoje eu ainda não estou me sentindo 100% pra poder fazer as minhas atividades. Primeiro porque eu ainda sinto dores, além de dificuldade pra dormir também, né... A adaptação na recuperação na questão da curetagem acho que mexe mais com o corpo da gente. E o psicológico também. Éeeee. Eu não consegui retornar minha rotina com 15 dias. Agora que fez um mês é que estou começando a retomar minhas coisas em questão de tudo até atividade física por exemplo, que é algo que no início ficava um pouco difícil pra mim depois que passou 30 dias né.” **(M 2)**.

“Eu não tou me sentindo disposta pra poder voltar a trabalhar. Então a minha rotina tá sendo assim, retomei as atividades da casa, e não todas, porque algumas coisas ainda que se eu fizer demais me prejudica a noite quando eu paro. Então é... fazer um almoço, é varrer uma casa, é passar um pano, coisas que não vão me afetar tanto. Porque o pesado mesmo, de lavar banheiro, aquela coisa aí de sair pra rua pra fazer as compras, contactar com meus clientes eu ainda não tive isto.” **(M 2)**.

3. Não reconhecimento do luto pela sociedade

Quando um bebê morre antes mesmo de chegar ao mundo, aos olhos da sociedade, esse não advento constituiu-se, na maior parte do tempo, em um não acontecimento. A criança que não nasceu não existiu. O que configura a ideia de que a intensidade e duração da dor são proporcionais à convivência dos pais com os filhos. Ao contrário, o que vimos é que a dor dos pais pode ser pior por aquele que nunca se fez efetivamente presente. Os casais muitas vezes se encontram sozinhos e incompreendidos em seus sentimentos dolorosos de tristeza. Sentimentos evidenciados nas falas abaixo:

“Assim engraçado, a eu julgava as pessoas que perdia, há bobagem, tinha meses, tinha dias, quanta frescuragem. Agora que eu tô passando por isso, que eu sei que não é frescuragem, é muito difícil isso. Eu via o pessoal, nossa, derramando lágrima. Há povo fresco, se fosse grande até que ia, mas não, agora eu sei.” **(M 9)**.

“Há já passou, já tem um mês já, nem todo mundo fica pensando nisso. Pra mim não, pra mim não ver minha barriga crescendo, não poder comprar nada de criança, pra mim, isto tudo é difícil.” (M 3).

4. Luto e espiritualidade (busca de amparo na religião)

Observou-se como estratégia de enfrentamento uma busca de explicações pautadas na espiritualidade, procurando consolo na ideia de que o óbito fetal “foi permissão de Deus”, como demonstram os relatos abaixo:

“Mais ou menos, assim, as vezes eu fico, assim, como que eu falo, eu aceito, Deus sabe de todas as coisas, mas no fundo mesmo, eu queria a gravidez. E assim quando (entra em choro intenso) eu falo assim, eu fico triste porque minha filha tem 9 anos e eu queria um neném, mas se Deus não quis assim.” (M 10).

“A gente que tem Deus assim é mais fácil lidar com a vida, porque igual é...eu conversei muito com a Sara e estas meninas que não têm uma certa religião e aí acaba que a gente não sente mais dor, fica aquele certo medo e eu já não tenho mais este medo, porque a gente confia em Deus né. Então quando a gente confia em Deus a gente sabe que foi um propósito mesmo, de Deus, talvez ia acontecer alguma coisa no futuro. Na hora a gente fica né bem arrasada. Aquela semana assim de igual no meu caso, foi perde, não perde. Aí a gente ficou bem arrasada mesmo, naquela expectativa, naquela ansiedade, então nó, foi devastador aquela semana. Mas depois também aí já fiquei firme com Deus... já achei um refúgio, porque a gente tem que ter um refúgio. As pessoas que não têm este refúgio, não consegue superar.” (M 7).

“É coisa de Deus mesmo. Tem hora que a gente tá bem, a gente sente muito, mas se não era pra ser agora, é porque não era, eu fico neste problema, era assim assado. Né então deixa quieto, e vamo partir pra outra, mas é muito estranho gente. É, é muito estranho.” (M 9).

“Minha mãe é espírita é lá no centro Oriente onde ela vai, fala muito sobre isto.” (M 9).

“E agora vão ver o que vai ser, que Deus reserva pra nós, eu tô muito amedrontada.” (M 2).

5. Relação cuidador (hospital)/paciente

Deve-se considerar que na perda gestacional a mulher tem um período de internação, que é um momento muito delicado e doloroso, já que ela se encontra em um ambiente hospitalar, normalmente, rodeada por puérperas e bebês recém-nascidos e por gestantes. Nazaré *et al.* (2013) relatam que mulheres nessas condições ficam fragilizadas física e emocionalmente e, por isso, precisam do acolhimento, atenção e suporte de toda rede de apoio que possuem, incluindo os profissionais de saúde da instituição. No contexto da perda gestacional o atendimento humanizado deve-se

preocupar não apenas com a expressão da dor física que decorre do procedimento médico realizado, mas essa assistência deve se fazer presente para oferecer escuta e acolher também a dor psicológica, o que é fundamental para a elaboração do luto (WORDEN, 2008).

A importância desta abordagem pode ser validada nas falas abaixo:

“Deixa eu te falar, eu dei entrada no hospital domingo às 4 horas da tarde. Recebi a notícia por volta de 5 horas. E fiquei de 5 até as 19h30 pra ser internada. Já sabendo que iam retirar meu bebê. A médica me disse que provavelmente ele já estaria morto. Então eu fiquei... da hora que eu recebi a notícia até as 10 horas do outro dia, da segunda-feira com meu bebê morto dentro da minha barriga. Passei a noite em claro. Com meu bebê dentro da minha barriga e eu não recebi uma visita de um médico. Eu fiquei simplesmente com uma enfermeira que me acompanhou, me colocaram na maca, mediram minha pressão, fizeram os primeiros aparatos pra me internar. E eu não tive notícia do médico. O primeiro médico que veio falar comigo foi às 10 horas da manhã do dia seguinte. Então, eu senti um abandono total, além da minha dor eu ainda tive que ficar, eu não dormi a noite, passei a noite em claro.” **(M 2)**.

“E aí eu fiquei com esta sensação de abandono, e isto põe um monte de coisa na cabeça da gente, porque aí você começa a achar que o hospital não tem um atendimento bom, que o hospital não é esta referência que a gente pensa ou que a gente acha que é, por causa destas pequenas falhas. Sabe, éeee difícil pra uma mãe que perdeu seu bebê, tá com seu bebê morto dentro da barriga, ficar no mesmo ambiente de uma mulher que tá lá esperando pra dar à luz, que tá sentindo a contração, mas que ela sabe que aquela dor vai passar e que ela vai ter o filho dela nos braços. Eu passei por esta situação, eu fiquei mais de duas horas sentada em uma sala, onde tinha mais de sete grávidas, todas esperando o momento de dar à luz. Eu achei isto tão cruel. Porque eu sabia que o meu ia sair e que eu não ia ter ele nos braços. E elas não, elas estavam... elas lá todas felizes, uma dava boa sorte pra outra, outra dava um tchauzinho, o marido abraçava, na expectativa. E eu lá morta por dentro (choro). É isto (chora muito) é um bebê, minha gravidez era gemelar, mas só tinha um bebê, mas tinha duas bolsas, e aí quando retirou, tinha duas bolsas lá. Uma a gravidez evoluiu a outra não. Então eu tinha uma gravidez de gêmeos com um bebê só (choro).” **(M 2)**.

“Todo mundo aqui me tratou muito bem, fui muito bem atendida, só esta questão de estar todo mundo junto lá que é ruim, mas todo mundo foi muito atencioso. Foi horrível (choro), foi a pior parte, até falei com a minha mãe (choro), a pior parte ficar aqui e ver o neném da outra nascendo e saber que o meu não vai nascer. (choro). Mas tirando isto todo mundo aqui foi, me tratou muito bem.” **(M 12)**.

“Foi muito ruim porque a companhia do pai, do lado, a gente ficaria talvez não menos triste, porque é muito triste, mas um pouco mais segura, ficar mais amparada. Eu, eu sei que eu não estava desamparada, todos me atenderam muito bem, a equipe médica. Nesta hora a gente quer um braço, alguém do lado da gente. Apesar de não estar só, minha sogra ficou no lugar dele lá, quando ele saiu pra trabalhar. Mas eu preferia que ele ficasse. Graças a Deus foi tudo muito tranquilo.” **(M 6)**.

6. *Dor paterna*

Temos que levar em consideração, que o luto dos homens diante da perda de um(a) filho(a) nesse período gestacional é invalidada socialmente de uma maneira forte, pois, normalmente, eles são pressionados a cuidar das companheiras e anular seus próprios sentimentos, criando, assim, a sensação de um luto não reconhecido dentro de outro (DOKA, 1989). Já o pai, segundo McCreight (2004), comumente apresenta uma resposta mais controlada à perda devido à necessidade de se mostrar “forte” e de fornecer suporte à mulher. Considera-se, muitas vezes que, será difícil os homens terem reações depressivas tão intensas quanto à mulher pelo significado que ambos atribuem à perda gestacional.

a) Do ponto de vista da mãe

“E em relação a licença paterna, eu acho que é muito importante, porque nesta hora, porque a gravidez não é só da mulher, a gravidez também é do homem, né. Então é muito sofrimento. E fora que acaba que o pai também sofre. O homem não demonstra muito né, o homem fica mais retido, mas eles sofrem bastante.” (M 7).

“Aquele dia ele deu conta de trabalhar, mas como ele falou: A cabeça dele ficava mais lá do que no trabalho. Então acaba que ele não consegue trabalhar direito. Fora que o sofrimento aí também é maior. Porque além da preocupação da perda, e tudo, ainda tem a preocupação comigo. Igual ele falou: pra mim foi mais arrasador, porque eu vi você sofrendo, você passando mal, a angústia que ele fica. Então ele falou que foi devastador pra ele por causa disto. Então a cabeça dele, ele tava preocupado, nó, que hora que vai terminar, isto? Será que ela tá bem? Aí ele ficou bem preocupado.” (M 7).

“A gravidez não começa com um só, e o relacionamento de dois, porque só a mulher tem que ter direito? A mulher carrega o bebê dentro. Não, mas o homem também faz parte. É lógico que existem pais que não dão apoio, existe. Mas a maioria dos pais que dão apoio, eles as vezes tão mais empolgados que a gente mesmo. Porque igual o meu marido, ele tava mais empolgado que eu (risada). Aí acaba que ele fica. Igual o marido da Raquel que tava lá, ele faltou do serviço, na verdade ele tava de férias. Porque se ele tivesse trabalhando ele não estaria com ela, e você pensa o sofrimento dos dois. E se ele não tivesse lá seria mais ainda né? Ia ser mais sofrimento ainda. Então eu acho assim, que é ser importante. Aí falam pai não sente nada. Sente sim porque né. E homem ainda é pior, porque ele guarda, porque a mulher ela fala muito, conversa muito, aí vem uma outra conversa que nem eu, que fiquei no quarto, conversei com as meninas, uma dando apoio pra outra. Mas o homem não, ele fica calado, então ele sofre mais.” (M 7).

“Como que um pai não fica com uma esposa. A esposa acabou de perder o filho. E o filho é dele porque não é só da esposa. Como que ele não fica um dia em casa? E a cabeça dele?” (M 5).

“Eu saia daqui chorando, quando encontrava com ele, eu tentava não chorar na frente dele. Sempre tentei chorar escondido, e até hoje eu faço isso. Eu choro quando vou tomar banho, ou quando ele está tomando banho eu entro pro quarto e choro, pra ele, pro homem, não é que mais fácil, mas pra ele pensa assim, não são todos.” **(M 3)**.

“Ele não chorou nem nada, ele queria ser forte pra não ficar os dois ali, chorando, quem ia dar suporte pra gente neste momento.” **(M 3)**.

“O meu marido ele tem uma dificuldade para expressar as coisas e falar o que ele está guardando por dentro, mas eu vejo nas atitudes dele, ele na maneira de agir, que esta situação toda impactou muito ele em nível psicológico. Eu acredito que isto deve estar afetando o trabalho dele.” **(M 2)**.

“Que eu comecei, ter liberdade pra conversar com as pessoas sobre o assunto eu ainda não tô tendo tanto. Eu até falei que eu ia arrumar um psicólogo, sabe? As vezes conversar com uma pessoa diferente com alguém que se disponibilizar pra conversar é uma coisa é totalmente diferente, porque eu sento com o meu marido a gente conversa mas assim não é aquela coisa, porque as vezes eu tenho até medo de falar as coisas com ele, porque ele não se mostra assim por mim, por minha causa. Ele... quando ele vai pra casa da mãe dele quando ele sai que ele se, né? Que ele alivia um pouco, mas comigo ele não consegue falar porque tem medo de ficar magoada. E eu não consigo falar tudo assim com ele igual eu queria falar porque ele também fica chateado, mas ele não mostra para me dar força. Assim, entendeu?” **(M 1)**.

“Meu marido, ele trabalha num bar e restaurante, bem no Coração Eucarístico, então assim, ele ficava louco, ele não conseguia atender as pessoas direito com a cabeça lá no hospital. Então ele ficava doidinho, porque ele não podia sair e faltar pra ficar comigo. Eles não dá este direito dele faltar. Se ele faltar desconta né? nele. Aí saí do hospital e fui pra casa e a mesma coisa... Até hoje ele fica... Bruna você está melhor? Tá boa? Ele acorda: Bom dia você tá bem? Como você está? Tá sentindo alguma coisa?” **(M 1)**.

b) Do ponto de vista do próprio pai

A sociedade incentiva aos homens a evitar suas emoções e a não entrar em contato com seus sentimentos, não existindo uma empatia do meio social para com os sentimentos masculinos diante da perda gestacional (CASELLATO, 2015). Os homens sentem emoções profundas com a perda de um filho no período gestacional, mas não encontram um suporte social efetivo, levando a um “luto não reconhecido” (DOKA, 1989) e a expressão do luto não pode ser manifestada ou não há apoio social para a vivência desse luto. Doka (1989) afirma que o luto não reconhecido traz para o enlutado pouca ou nenhuma oportunidade de viver sua perda em público.

“Acho que o pai pelo menos 2 dias teria que ter, pois não é só pra mãe, pro pai também é um baque. Pra ele também é uma perda, estar ali, ele tem que estar lá fazer assistência a companheira e tudo mais, é um tempo necessário. Não quer dizer que dois dias suficiente pra... porque não vai, você lembra tudo, ainda mais

no meu caso, eu trabalho aqui, eu desço aqui e vejo pai carregando menino, mãe carregando menino, então a qualquer momento você lembra entendeu? Igual eu trabalho e eu passo ali na entrada e eu lembro tudo que aconteceu no dia. Aí eu tento me isolar no terceiro andar pra ficar só ali, mas na hora de almoçar e tudo mais que tem que andar na unidade, tem hora que fica complicado viu?” **(P da M 12)**.

“É foi difícil, eu queria estar lá, mas como eu sou novo no emprego, hoje já tem seis meses, mas eu tava indo pra três meses no emprego. Então eu não fui, eu precisei trabalhar, mas foi ruim. Queria sim pelo menos um dia com ela ali. Ela passou mal em casa, aí eu ia trabalhar, mas só tinha eu pra levar ela. O pessoal do meu serviço falou assim: você tá doido, você vir trabalhar. Eu não vinha, ficava uma semana sem vir. Vocês tão falando assim porque são velhos de casa, eu comecei a trabalhar agora. Eu só tô trabalhando pra manter a casa e o aluguel. Perder um filho, mas a vida continua. Seria muito importante. Mas esta lei vai mudar, a gente vai vencer, se não for nós, mas outros pais vão conseguir. O que a gente não teve outros vão ter.” **(P da M 6)**.

7. *Querer alguém consigo (presença do pai do bebê ou de sua mãe)*

O diálogo e o compartilhamento de ideias no núcleo familiar e no relacionamento do casal parecem ser importantes bases de apoio no enfrentamento da perda. Um apoio fundamental, à mulher que perdeu seu filho, é desempenhada pela presença dos familiares. É muito importante neste momento, poder contar com o apoio daqueles mais caros e próximos (CONWAY; RUSSELL, 2000). Uma figura fundamental tem sido o pai do bebê nas descrições (RODRIGUES; HOGO, 2005). O que é evidenciado nas falas abaixo:

“Muito importante, é necessário., é necessário A gente precisa mesmo, até pelo apoio emocional, porque minha mãe é uma benção na minha vida, ela me ajuda. Apesar de nos duas discutir muito, porque no início ela não aceitou, ela achava que era eu, que eu tinha que fazer alguma coisa, que eu rejeitei a gravidez. Depois ela viu, os médicos aqui conversaram com ela. Então ela viu que não tinha nada a ver, né , o... o que tinha acontecido. Mas ela foi uma benção e não me abandonou não, naquele desespero. Porque lá em casa teve uma hora que eu entrei em prantos, eu entrei em desespero. Aí ela pegou e me abraçou, e tudo, e foi minha companheira sabe?” **(M 8)**.

“Eu precisei muito da minha mãe, eu precisei muito de alguém porque eu sentia muita dor.” **(M 8)**.

“Eu acho que devia pensar no respeito do acompanhante dele poder entrar na sala com a esposa, porque a gente, eles sedam a gente e a gente quando acorda já terminou o procedimento, a gente não sabe de nada que aconteceu. E você está ali sozinha, e você não tem um acompanhante, não tem ninguém pra falar nada por você. Né? Você ainda está sozinha. Ter alguém pelo menos pra dar a mão naquela hora, poder passar a noite aqui. Eu acho que realmente se o marido tiver pelo menos o dia de liberação de serviço seria interessante, para as mulheres.” **(M 4)**.

“Então, igual no dia que eu fiquei lá no hospital, eu fiquei sozinha, porque minha mãe tava trabalhando, e ele também tava trabalhando e se ele faltasse, ele ia ser descontado, aí pensa, aí a gente fica naquela.” **(M 7)**.

“Meu esposo voltou a trabalhar. Aí o dia que ele falou assim, eu falei, meu Deus. Aí ele foi voltou a trabalhar, meu Deus como que eu vou fazer, pois eu não quero ficar aqui sozinha.” **(M 5)**.

“A esposa precisa, igual eu, eu por exemplo, eu começava a entrar em pânico no dia que ele falou que ia voltar a trabalhar. Eu chorava, eu chorava. Eu tinha crises daquele choro de desespero.” **(M 5)**.

“Meu marido não tava presente comigo, por causa de serviço, porque se fosse falta, porque ele foi trabalhar em outro estado por falta de serviço. Se falta, manda embora mesmo, por hoje ninguém escapa. Não tem procê, tem pra outro que quer. Então assim no hospital lá eu fiquei muito abalada, fiquei muito triste.” **(M 9)**.

“Meu marido me deu muito apoio, (choro) depois também quando fomos pra casa, no outro dia ele foi trabalhar a tarde e eu fiquei na casa dos pais dele. Sozinha. Então o apoio que eu tive dele era só a noite, no horário do dia não tinha como ele estar comigo, mas a noite ele dava muito apoio. Ele conversava muito comigo, pedia pra não ficar pensando, que estas coisas são normais, que não acontece só comigo... que Deus sabe de tudo que tá acontecendo com nós, que talvez não era pra vir e que a gente vai tentar novamente, mais pra frente. Só que eu ...não quero... tentar por enquanto.” **(M 3)**.

“Se ele não tivesse lá, tinha sido...(ela emenda rápido) Tinha sido pior, o sofrimento ia aumentar na verdade.” **(M 3)**.

“No meu dia a dia, eu não pude estar com ele pra me auxiliar e eu precisei de outras pessoas, e está é a dificuldade porque eu moro num bairro distante do da minha mãe. Minha mãe tá lá no centro de BH e eu tô aqui em Vespasiano, quer dizer, outra cidade na verdade. Éeee, mas eles me deram todo apoio e todo carinho. Mas eu tive que deslocar daqui para lá e ficar longe da minha casa e da minha rotina, então por isso que teve uma dificuldade maior aí. Eu acho que se ele pudesse ter pelo menos uns 15 dias junto comigo talvez a minha recuperação teria sido mais rápida.” **(M 2)**.

“Você pode ter a família inteira, mas a única pessoa que a gente sente vontade pra conversar é o pai, ele a gente sente vontade em sentir como é que eu falo, mais liberdade para conversar sobre o assunto até porque ele também está passando o mesmo que eu não assim tão intenso como eu passei mas ele está do meu lado e está vendo as coisas, o que está acontecendo por isso que eu acho que ele devia ter mais tempo também e ele não tem nada, ele teve que trabalhar. Ele mesmo fala: Nó glória, eu sei que se a criança tivesse nascido bem sabe sem nenhum problema ele teria alguns dias, né? Não são o mesmo tempo que eu mas seria alguns dias pra ficar em casa com a esposa e com o filho imagina uma situação dessa de aborto mesmo jeito igual a medica falou: Bruna, você teve um ab--- você teve um parto se for olhar, você teve um parto, a gente fez aquele processo todo a gente mexeu no seu.... a mesma coisa, a gente retirou ele não com vida, mas a gente retirou ...entendeu. E... e ele não tava do meu lado. Igual eu tava em casa e ele ia trabalhar, e aí eu ficava sozinha, eu colocava meu outro menino pra escola e eu ficava sozinha.” **(M 1)**.

“Foi muito ruim porque a companhia do pai, do lado, a gente ficaria talvez não menos triste, porque é muito triste, mas um pouco mais segura, ficar mais amparada. Eu, eu sei que eu não estava desamparada, todos me atenderam muito bem, a equipe médica. Nesta hora a gente quer um braço, alguém do lado da gente. Apesar de não estar só, minha sogra ficou no lugar dele lá, quando ele saiu pra trabalhar. Mas eu preferia que ele ficasse. Graças a Deus foi tudo muito tranquilo.” **(M 6)**.

“Meu marido, na verdade era pra eu ter o acompanhamento dele bem de perto, mas eu não tive, e ainda não estou tendo, porque ele teve que voltar a trabalhar logo em seguida que eu saí do hospital.” **(M 2)**.

8. Quem é este bebê (lugar já marcado na família ou entidade abstrata que não conseguem nomear?)

É preciso entender que a detecção de um óbito gestacional implica um abandono por parte dos pais e mesmo da família, de um projeto familiar, mesmo que este ocorra nas primeiras semanas gestacionais. Para muitas famílias este feto já possuía um provável nome, na dependência de seu gênero, já possuía uma herança familiar no sentido de projetos e investimentos (AGUIAR; ZORNIG, 2016). Segundo Aguiar e Zornig (2016), os pais perderam a promessa de um filho, uma promessa de paternidade e de maternidade. Morte de um filho que ainda não tinha uma representação de um ser totalmente independente deles e de suas projeções, um filho que pode ser considerado ainda virtual. Esses sentimentos apareceram exemplificados nas falas abaixo:

“Eu não queria a gravidez, então no início eu falava assim, isto não me pertence, não tem nada a ver comigo, eu não me imagino sendo mãe. Aí quando eu descobri foi até um choque, mas até então eu não tinha uma noção. Aí quando eu saí do bloco cirúrgico e eu fui embora pra casa, quando eu saí daqui é que a minha ficha caiu, de verdade. Ai Nossa Senhora... aí eu falei com a minha mãe eu arrependi porque eu coloquei o DIU né. Eu arrependi porque se eu pudesse voltar atrás eu tentaria ter um filho de novo”. **(M 8)**.

“Já tinha nome (sorrindo) se fosse menino ia ser Théo Felipe, pois meu marido tem o segundo nome Felipe. E se você menina seria Eloá.” **(M 2)**.

“Quando eu fiquei sabendo, eu fiz o teste, mas fala assim tô não. Tô não. Mas o teste deu positivo, saí gritando de felicidade, eu tô grávida, eu tô grávida. E depois foi assim, da semana que eu fiquei sabendo, e o acontecido da perda, foi muito rápido. Assim, nossa, foi muito rápido.” **(M 9)**.

“Meu marido é filho único e eles quer ter filho e ele não tem filho. Aí a outra menina minha eu tinha que ralar muito, muito pra poder sobreviver, porque o pai não ajudou e parou de ajudar. E agora, este nossa, você pode ficar tranquila. Se precisar você sai do serviço porque eu vou dar conta. Tem certeza? Tenho. Eu peguei e saí. Ah vou colocar o DIU não, ah vou colocar? Não vou colocar não,

eu quero tentar de novo. Eu não quero colocar não, não vou colocar não, eu quero tentar mais uma vez.” (M 9).

“Eu sentia que ia ser uma menina. Mas não sei.” (M 9).

“Ia se chamar Maria Eduarda ou Lucas, que foi meu marido que escolheu se fosse menino. (choro) então é muito difícil.” (M 3).

“Eu descobri pelo tempo de gestação que na gravidez eu tava tomando até medicamento. Mas indiferente desta gravidez ter sido desejada ou não, eu senti bastante porque não foi esperada, e ainda tinha este processo que a gente não tava bem, nesta relação que eu me senti sozinha, né? Aí as pessoas me perguntavam, né? Eeeee, cadê seu companheiro, e aí eu não quis incomodar, eu já... Eu tenho um perfil, assim, não vou ficar procurando, não quer... e isso, ainda tenho que lidar com isso. Com esta dificuldade deste relacionamento, deste problema.” (M 11).

No atendimento psicológico prestado às mulheres que estão vivendo uma perda gestacional, as manifestações da experiência de perda, normalmente percebidas, são o silêncio seguido do choro fácil, além das pausas que “cortam” as falas do sujeito. Poli (2008) afirma que função do silêncio diante da perda de um ente querido, normalmente ocorre em decorrência do encontro com os limites da representação, ou seja, há uma impossibilidade de significar com palavras a realidade da morte. Os sentimentos de perdas não representados e não elaborados se expressam no início na falta de palavras, em um discurso insuficiente e na incongruência entre sentimentos e palavras, fato que ficou muito evidente em todas as entrevistas apresentadas nesse trabalho.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, H. C.; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos da Clínica**, v. 21, n. 2, p. 264-281, ago. 2016.

CASELLATO, G. Luto não autorizado: o fracasso da empatia nos tempos modernos. In: G CASELLATO, G. (Org.) **Em busca da empatia**. Suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus, 2015. p. 15-28.

CONWAY, K.; RUSSELL, G. Couple's grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. **British Journal of Medical Psychology**, v. 73, n. 4, p. 531-545, Dec. 2000.

DAHDAH, D. F. *et al.* Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 186-196, jan. 2019.

DEFEY, D. *et al.* **Duelo por un niño que muere antes de nacer**: vivencias de los padres del equipo de salud. 2. ed. Montevideo: CLAP. 1992.

DOKA, J. K. **Disenfranchised grief**: recognizing hidden sorrow. Lexington: Lexington Books, 1989.

MCCREIGHT, B. S. A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. **Sociology of Health & Illness**, v. 26, n. 3, p. 326-350, 2004. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x>.

NAZARÉ, B., FONSECA, A. L. M., CANAVARRO, M. C. Adaptive and maladaptive grief responses following TOPFA: actor and partner effects of coping strategies. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 31, n. 3, p. 257-273, 2013. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.806789>.

POLI, M. C. O psicanalista como crítico cultural: o campo da linguagem e a função do silêncio. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. 8, n. 2, p. 365-378, 2008.

RODRIGUES, M. M. L.; HOGO, L. A. K. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 39, n. 3, p. 258-267, 2005.

SOUBIEUX, M. J. Le deuil après une mort prénatale: le deuil périnatal, un impensable à penser. Le **Carnet PSY**, v. 185, n. 9, p. 22-24, 2014.

STIRTZINGER, R.; ROBINSON, G. E.; STEWART, D. Parameters of grieving in spontaneous abortion. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 29, n. 2, p. 235-249, 1999.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of bereavement: rationale and description. **Death Studies**, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa**: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

WORDEN, J. W. **Grief counseling and grief therapy**: a handbook for the mental health practitioner. 4. ed. New York: Springer, 2008.

APÊNDICE F - Consequências práticas dos resultados da tese na maternidade onde o estudo foi realizado, ocorridas durante seu desenvolvimento

Mudança de comportamento do Banco de Leite com relação a doação de leite pelas pacientes com perda gestacional (ANEXO F e ANEXO G).

Mudança de reconhecimento do “aborto” pela equipe. Confecção de lembranças para a mãe após a perda (ANEXO H).

1 Liberação de presença de acompanhante para as pacientes de perda gestacional menores de 22 semanas na Maternidade Odete Valadares.

2 Diante da importância do assunto e da necessidade de capacitar equipes para lidar a morte perinatal, a doutoranda convidou o psicólogo da Maternidade Odete Valadares (MOV), Rogério Fonseca, para integrar uma equipe de discussão dos textos do simpósio junto aos trabalhadores do Bloco Obstétrico e da UTI Neonatal. Foram realizados encontros mensais durante todo o segundo semestre de 2018, com uma média de 30 participantes por reunião. A iniciativa foi organizada e apoiada pela coordenadora do NEP, Érika Rabelo, e pela coordenadora da Neonatologia, Ângela Campos. Foram feitas leitura de 15 minutos sobre a parte do livro do Simpósio da AGAPA em relação ao sofrimento dos cuidadores e em seguida 15 minutos de discussão junto aos profissionais. O objetivo era pensar sobre formas de diminuir o sofrimento da paciente e dos cuidadores. Afinal, se a equipe não é capacitada para lidar com o luto, ela também está em sofrimento. Diante dos debates ricos que ocorreram foi enviado um e-mail para a AGAPA, na França, explicando o que estava sendo realizado na Maternidade Odete Valadares e solicitado autorização para traduzir o simpósio para o português. Sendo obtida tal autorização.

ANEXO A - Artigo 395, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

§ 3º Quando não for possível que a gestante ou a lactante afastada nos termos do **caput** deste artigo exerça suas atividades em local salubre na empresa, a hipótese será considerada como gravidez de risco e ensejará a percepção de salário-maternidade, nos termos da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, durante todo o período de afastamento. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017)

Art. 395 - Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.

Art. 396. Para amamentar seu filho, inclusive se advindo de adoção, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um. (Redação dada pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 1º Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente. (Redação dada pela Lei nº 13.467, de 2017)

§ 2º Os horários dos descansos previstos no **caput** deste artigo deverão ser definidos em acordo individual entre a mulher e o empregador. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017)

Art. 397 - O SESI, o SESC, a LBA e outras entidades públicas destinadas à assistência à infância manterão ou subvencionarão, de acordo com suas possibilidades financeiras, escolas maternas e jardins de infância, distribuídos nas zonas de maior densidade de trabalhadores, destinados especialmente aos filhos das mulheres empregadas. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

Art. 398 - (Revogado pelo Decreto-Lei nº 229, de 28.2.1967)

Art. 399 - O Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio conferirá diploma de benemerência aos empregadores que se distinguirem pela organização e manutenção de creches e de instituições de proteção aos menores em idade pré-escolar, desde que tais serviços se recomendem por sua generosidade e pela eficiência das respectivas instalações.

Art. 400 - Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período da amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária.

SEÇÃO VI

DAS PENALIDADES

Art. 401 - Pela infração de qualquer dispositivo deste Capítulo, será imposta ao empregador a multa de cem a mil cruzeiros, aplicada, nesta Capital, pela autoridade competente de 1ª instância do Departamento Nacional do Trabalho, e, nos Estados e Território do Acre, pelas autoridades competentes do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio ou por aquelas que exerçam funções delegadas.

§ 1º - A penalidade será sempre aplicada no grau máximo

- a) se ficar apurado o emprego de artifício ou simulação para fraudar a aplicação dos dispositivos deste Capítulo;
- b) nos casos de reincidência.

§ 2º - O processo na verificação das infrações, bem como na aplicação e cobrança das multas, será o previsto no título "Do Processo de Multas Administrativas", observadas as disposições deste artigo.

Art. 401A. **(VETADO)** (Incluído pela Lei nº 9.799, de 1999)

Art. 401B. **(VETADO)** (Incluído pela Lei nº 9.799, de 1999)

CAPÍTULO IV

DA PROTEÇÃO DO TRABALHO DO MENOR

SEÇÃO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 402. Considera-se menor para os efeitos desta Consolidação o trabalhador de quatorze até dezoito anos (Redação dada pela Lei nº 10.097, de 2000)

Parágrafo único - O trabalho do menor reger-se-á pelas disposições do presente Capítulo, exceto no serviço em oficinas em que trabalhem exclusivamente pessoas da família do menor e esteja este sob a direção do pai, mãe ou tutor, observado, entretanto, o disposto nos arts. 404, 405 e na Seção II. (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

Art. 403. É proibido qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos. (Redação dada pela Lei nº 10.097, de 2000)

Parágrafo único. O trabalho do menor não poderá ser realizado em locais prejudiciais à sua formação, ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social e em horários e locais que não permitam a frequência à escola. (Redação dada pela Lei nº 10.097, de 2000)

a) revogada; (Redação dada pela Lei nº 10.097, de 2000)

b) revogada. (Redação dada pela Lei nº 10.097, de 2000)

Art. 404 - Ao menor de 18 (dezoito) anos é vedado o trabalho noturno, considerado este o que for executado no período compreendido entre as 22 (vinte e duas) e as 5 (cinco) horas.

Art. 405 - Ao menor não será permitido o trabalho: (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

ANEXO B - Legislação pertinente relativa aos direitos da mãe

Considerações sobre o aborto a partir de uma breve análise da normatividade celetista e administrativa federal

1 Do Aborto na CLT – Artigos 395 e 131, inciso II, da CLT

Art. 395 - Em caso de **aborto não criminoso**, comprovado por **atestado médico oficial**, a mulher terá um **repouso remunerado de 2 (duas) semanas**, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento.

Art. 131 - Não será considerada falta ao serviço (*para o efeito de férias) a ausência do empregado:

II - durante o licenciamento compulsório da empregada por motivo de maternidade ou aborto, observados os requisitos para percepção do salário-maternidade custeado pela Previdência Social.

1.1 Da disparidade de efeitos legais entre o aborto e o nascimento (ainda que sem vida)

É importante ressaltar que de acordo com a OMS é considerada **aborto** a interrupção da gravidez do feto com menos de 20-22 semanas de idade gestacional ou que tenha peso inferior a 500 gramas. Tomando por base esse conceito, dispõe o artigo 395, da CLT, que no caso de **aborto não criminoso**, a empregada terá direito a um **repouso remunerado de duas semanas** e, segundo a jurisprudência mais recente, fará jus à **estabilidade provisória de emprego** (sendo vedada a sua dispensa, salvo por falta grave) **da data da confirmação da gravidez até duas semanas após o aborto**.

Ultrapassados os limites acima mencionados (ou seja, feto com mais de 20-22 semanas ou mais de 500 gramas), mesmo em caso de natimorto, considera-se que ocorreu o **nascimento** e aplicam-se os efeitos legais cabíveis à empregada gestante. Dessa feita, nos termos do artigo 392, da CLT, e do artigo 7º, da Constituição, em caso de **nascimento**, terá a empregada o direito à **licença-maternidade de 120 dias** (prorrogáveis por mais 60 dias), a partir do 28º dia anterior ao nascimento ou a partir do dia do nascimento, em caso de parto antecipado. Ainda, de acordo com o artigo 10, inciso II, do ADCT, a gestante fará jus à **estabilidade provisória de emprego** (sendo vedada sua dispensa, salvo por falta grave) **da confirmação da gravidez até 5 meses após o parto**.

1.2 Do aborto espontâneo ou provocado, legal ou criminoso

De acordo com Alice Monteiro de Barros (2013), o **aborto** pode ser classificado como **espontâneo ou provocado**, sendo que o **aborto espontâneo**, por sua naturalidade, será sempre considerado **legal**, enquanto que o **aborto provocado** poderá ser tipificado como **legal** (se sua ocorrência se der dentro das hipóteses permitidas por lei) **ou criminoso** (fora das hipóteses previstas em lei). Contrariando o posicionamento majoritário (que afirma que o repouso remunerado deve ser concedido apenas nos casos de aborto não criminoso), BARROS (2013) entende que o repouso remunerado de duas semanas deve ser concedido **mesmo nos casos de aborto criminoso**, como forma de se proteger em primeiro plano a saúde da mulher.

1.3 Do posicionamento jurisprudencial pela suficiência do repouso remunerado por duas semanas em caso de aborto

A lei e a doutrina são omissas quanto à possibilidade de se prorrogar o repouso remunerado por aborto além das duas semanas expressamente previstas na lei. Quanto à jurisprudência, embora seja difícil encontrar manifestação expressa sobre o assunto, parcela desta tem entendido que o período de duas semanas de repouso é condicente com a maioria dos casos de aborto e que a volta ao trabalho após esse período de afastamento integra parte importante do processo de recuperação da empregada, através da chamada laborterapia. Nesse sentido é o disposto na ementa do acórdão do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região (Minas Gerais), de relatoria do Desembargador Luiz Otávio Linhares Renault:

EMENTA: ABORTO ESPONTÂNEO - DIREITO AO AFASTAMENTO DO TRABALHO ASSEGURADO À MULHER GESTANTE - NORMA COGENTE - MOMENTO DE DOR - RESGUARDO À SAÚDE FÍSICA, PSÍQUICA E EMOCIONAL (...) Em caso de aborto espontâneo, isto é, de **aborto não criminoso**, a dor que, normalmente, invade a mulher é semelhante àquela que se abate, impiedosamente, sobre qualquer ser humano, quando perde um ente querido. A mulher, talvez mais do que o homem, sente essa perda como se fosse, e é, uma parte de si própria, afetando, sensivelmente, o seu lado emocional. A emoção constitui um fator importante na estrutura física e mental das pessoas, trazendo momentâneas sequelas mais graves sobre quem já trazia um ser dentro de si. **O legislador foi sábio ao estatuir norma a esse respeito, fixando em duas semanas o direito ao repouso físico, mental e emocional da mulher, no caso de aborto não criminoso. Note-se que o prazo é extremamente compatível com a enorme**

maioria dos casos, em que o retorno ao trabalho também integra o conjunto de medidas propícias à higidez, à recuperação físico-emocional da mulher. Trata-se da laborterapia: após um período de duas semanas de recuperação, impõe-se o retorno ao trabalho, à rotina da vida (...).

1.4 Do período de repouso por aborto em Portugal e na Índia

Em Portugal, os casos de aborto espontâneo ou de aborto legal ensejam uma licença-maternidade com duração mínima de 14 dias e máxima de 30 dias, conforme dispõe o artigo 35, inciso 6º, da Lei nº 99/2003 de 27-08-2003:

Artigo 35.º - Licença por maternidade

6 - A licença prevista no n.º 1, com a duração mínima de 14 dias e máxima de 30 dias, é atribuída à trabalhadora em caso de aborto espontâneo, bem como nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal.

Na Índia, o diploma que regulamenta a licença-maternidade e o repouso em caso de aborto é o chamado "Maternity Benefits Act", de 1961, que em seu artigo 4º, (2), afirma que nos casos de aborto espontâneo ou legal a mulher terá direito a um repouso de 6 semanas:

4. Employment of, or work by, women prohibited during certain period.

(2) No woman shall work in any establishment during the six weeks immediately following the day of her delivery or her miscarriage.

2 Do Aborto na Lei 8.112

O art. 207, parágrafo 4º, da Lei nº 8.112 (que rege o servidor público estatutário federal), dispõe que a servidora que sofrer aborto terá direito à um repouso remunerado de 30 dias:

Art. 207. Será concedida licença à servidora gestante por 120 (cento e vinte) dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração.

§ 4º No caso de aborto atestado por médico oficial, a servidora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado.

ANEXO C - Legislação pertinente relativa aos direitos do pai

[...]

- a) O pai não tem direito legal à licença no aborto (gestação menor de 22 semanas);
- b) tem direito apenas a acompanhamento da gestante nas consultas de pré-natal.

DECRETO-LEI Nº 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943

Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

[...]

Art. 473 - O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário: (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

[...]

X - até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira; (Incluído dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

[...]

XI - por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica. (Incluído dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

[...]

- c) em caso do filho nascido vivo a licença paternidade 5 dias

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

[...]

XIX - licença paternidade, nos termos fixados em lei;

A licença é de cinco dias, conforme a Constituição Federal (CF): artigo 7º, XIX e art. 10, § 1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)

ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS

Art. 10. Até que seja promulgada a lei complementar a que se refere o art. 7º, I, da Constituição:

[...]

§ 1º Até que a lei venha a disciplinar o disposto no art. 7º, XIX, da Constituição, o prazo da licença paternidade a que se refere o inciso é de cinco dias.

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/53473-12-direitos-trabalhistas-que-toda-mae-e-pai-precisam-saber-para-cuidar-da-saude>

d) em caso de Natimorto

Art. 473 - O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário: (Redação dada pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

I - Até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica; (Inciso incluído pelo Decreto-lei nº 229, de 28.2.1967)

ANEXO D - Parecer do Departamento de Pediatria da FM/UFMG

Parecer PED 4/2017



FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / 4º andar
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100



Parecer do Departamento de Pediatria FM/UFMG—Parecer 6/2018

Projeto: Parentalidade na perda gestacional – o tempo de luto para o retorno às atividades profissionais

Interessadas: Profa. : Maria Cândida Ferrarez. Bouzada Viana (PED) e Gláucia Maria Moreira Galvão

Antecedentes:

Trata-se de projeto de pesquisa objeto de dissertação de mestrado no Programa de Pós Graduação da FM/UFMG (aluno: Gláucia Maria Moreira Galvão), em colaboração com docente do PED.

O projeto tem como objetivo verificar o tempo necessário de elaboração de luto dos pais diante da perda de seus bebês nascidos de 22 sem para retorno destas mães as atividades profissionais.

Projeto bem elaborado, qualitativo, longitudinal e prospectivo. Será realizado análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas feitas com pais que perderam seus bebês com menos de 22 semanas de gestação cuja mãe foi internada por este motivo na Maternidade Odete Valadares.

O projeto não envolve conflitos de natureza ética.

Parecer:

O meu parecer, s.m.j., é pela aprovação do projeto pelo Departamento de Pediatria

Belo Horizonte, 16 de março de 2018.

APROVADO EM REUNIÃO DE
CÂMARA DEPARTAMENTAL

16 / 03 / 2018

Prof. Maria do Carmo Barros de Melo
Chefe do Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

Flavia Gomes Faleiro Ferreira
Professor Adjunto,
Departamento de Pediatria

ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Parentalidade na Perda Gestacional - O tempo de luto para o retorno às atividades profissionais

Pesquisador: Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 90296418.6.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.082.705

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa que visa alterar a composição do grupo de participantes. Conforme documento de adendo ao projeto (ADENDO_DE_INCLUSAO.pdf):

"Anterior já aprovado: Mães que tiveram perda gestacional com menos de 22 semanas, que tenham emprego formal com carteira assinada e que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido concordando em participar do estudo e tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus companheiros (as).

Com a emenda seria: Mães que tiveram perda gestacional com menos de 22 semanas, que tenham emprego formal com carteira assinada e mães sem emprego formal e sem carteira assinada ambos que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido concordando em participar do estudo e tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus companheiros (as)".

Objetivo da Pesquisa:

Conforme apresentado no formulário de informações básicas:

"Objetivo Primário:

Estudar o processo de elaboração do luto parental após a perda gestacional em gravidezes com

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Si 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.082.705

menos de 22 semanas de evolução, para retorno às suas atividades profissionais.

Objetivo Secundário:

Estudar as condições emocionais para conseguir manter a rotina de trabalho dos pais após uma perda gestacional*.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterados em relação ao parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterados em relação ao parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em relação aos documentos acrescentados a esta emenda, o adendo e a justificativa para modificação do perfil das participantes estão adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se a emenda ao projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1264209_E1.pdf	03/12/2018 13:59:50		Aceito
Outros	ADENDO_DE_INCLUSAO.pdf	03/12/2018 13:57:28	Glauca Maria Moreira Galvao	Aceito
Outros	902964186aprovacaoassinada.pdf	04/07/2018 13:57:54	Vivian Resende	Aceito
Outros	902964186aprovacaoassinada.pdf	04/07/2018 13:57:54	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.082.705

Outros	902964186parecerassinado.pdf	04/07/2018 13:57:18	Vivian Resende	Aceito
Outros	902964186parecerassinado.pdf	04/07/2018 13:57:18	Vivian Resende	Aceito
Outros	Carta_Resposta_TCLE.docx	22/06/2018 05:53:48	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Plataforma_Brasil.docx	21/06/2018 13:40:34	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.pdf	22/04/2018 21:49:54	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito
Outros	Declaracao_de_publicacao_de_resultados.pdf	22/04/2018 21:38:01	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito
Outros	Declaracao_de_suspensao_do_estudo.pdf	22/04/2018 21:37:00	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito
Outros	Parecer_do_departamento_de_pediatría.pdf	22/04/2018 21:34:49	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito
Outros	Apendice_2.pdf	22/04/2018 21:32:44	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Declaracao_de_Uso_de_Dados.pdf	22/04/2018 21:27:43	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	22/04/2018 13:59:07	Glaucia Maria Moreira Galvao	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Dezembro de 2018

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

SEI

SECRETARIA DE SAÚDE - ANVISA - NOTAS TÉCNICAS

7. Diante do exposto, entendemos que a doação do Leite Humano efetuada por mães que passam pelo luto de seus filhos lactentes é possível, desde que os outros critérios sanitários sejam respeitados, conforme a avaliação do médico responsável pelo Banco de Leite Humano.

8. Nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.



Documento assinado eletronicamente por **Denise Lyra dos Santos, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária**, em 03/03/2020, às 19:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8539.htm.



Documento assinado eletronicamente por **Graziela Costa Araujo, Gerente de Regulação e Controle Sanitário em Serviços de Saúde**, em 10/03/2020, às 08:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8539.htm.








A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.anvisa.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **0917707** e o código CRC **64C35ABE**.

Referência: Processo nº 25351.906280/2020-64

SEI nº 0917707

ANEXO G - Modelo de cartão para as mães

 	<p>Meus Pezinhos</p>
 	<p>Querida Família,</p> <p>Durante todo o tempo que passamos juntos, pude sentir o quanto vocês me amam e eu também já amava vocês. Fiquem em paz!</p> <p>Nasci e parti no dia ____/____/____</p> <p>Às ____: ____ horas na Maternidade Odete Valadares/FHEMIG</p> <p>Pesei ____ gramas.</p> <p>Estarei sempre em seus corações!</p> 

Maternidade Odele Valadares
"Colaboração Espírita e Hospital Colégio de Espírito"

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS



*Um anjo me visitou,
Mas não pode ficar,
Tinha uma missão,
Me ensinar a amar!*

Maternidade Odele Valadares
"Colaboração Espírita e Hospital Colégio de Espírito"

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Mensagem



*Te carreguei no ventre,
nos meus sonhos e esperanças.
Hoje te carrego no coração,
nas lembranças e na saudade.*