



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

MÃES DE NATIMORTOS: LUTO, IMPACTO PSICOSSOCIAL E ENFRENTAMENTO

GABRIELLA FRIAÇA DE OLIVEIRA

2021



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



MÃES DE NATIMORTOS: LUTO, IMPACTO PSICOSSOCIAL E ENFRENTAMENTO

GABRIELLA FRIAÇA DE OLIVEIRA

Mestranda

SIMONE DOS SANTOS PALUDO

Orientadora

RIO GRANDE, RS, MAIO DE 2021

GABRIELLA FRIAÇA DE OLIVEIRA

MÃES DE NATIMORTOS: LUTO, IMPACTO PSICOSSOCIAL E ENFRENTAMENTO

**Dissertação de Mestrado apresentada como requisito
Parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientadora: Profa. Dra. Simone dos Santos Paludo

RIO GRANDE, RS, MAIO DE 2021

Ficha Catalográfica

O48m Oliveira, Gabriella Friaça de.
Mães de natimortos: luto, impacto psicossocial e enfrentamento /
Gabriella Friaça de Oliveira. – 2021.
106 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio
Grande/RS, 2021.
Orientadora: Dra. Simone dos Santos Paludo.

1. Luto Materno 2. Natimorto 3. Impacto 4. Enfrentamento I. Paludo,
Simone dos Santos II. Título.

CDU 393.7

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

GABRIELLA FRIAÇA DE OLIVEIRA

MÃES DE NATIMORTOS: LUTO, IMPACTO PSICOSSOCIAL E ENFRENTAMENTO

Banca examinadora para defesa da dissertação:

Prof^ª. Dr^ª. Simone dos Santos Paludo

Orientadora

Prof. Dr. Lucas Neiva Silva

Examinador interno

Prof^ª. Dr^ª. Gisele Ferreira Paris

Examinador externo

RIO GRANDE, RS, MAIO DE 2021

LISTA DE SIGLAS

DSM - V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na sua 5ª edição
ELP	Escala de Luto Perinatal
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

MÃES DE NATIMORTOS: LUTO, IMPACTO PSICOSSOCIAL E ENFRENTAMENTO

Resumo

Objetivo: Analisar o estado de luto das mães de bebês natimortos, o impacto psicossocial e as estratégias de enfrentamento delas após o óbito fetal.

População alvo: Mães de natimortos atendidas nas duas maternidades do município de Rio Grande, com idade igual ou superior a 18 anos, que participaram do estudo “Inquérito Perinatal em Rio Grande/RS” no ano de 2019 e que responderam não à pergunta do inquérito “o seu filho nasceu vivo?”. Foram identificadas 20 mulheres, sendo 15 mães de natimortos elegíveis para o estudo.

Delineamento: Transversal.

Desfecho: Estado de luto, impacto psicossocial e estratégias de enfrentamento das mães de natimortos.

Análise: Os dados obtidos foram submetidos a diferentes técnicas de análise. Os dados coletados nas escalas seguiram as orientações de análise dos autores responsáveis pela validação dos instrumentos no Brasil. Os dados resultantes da entrevista em profundidade compuseram um *corpus* que foi submetido a análise temática e, após a leitura exaustiva, códigos foram gerados e um mapa temático foi desenvolvido. A triangulação dos dados coletados ocorreu durante a interpretação e análise dos resultados buscando compreender as convergências, combinações e diferenças entre os achados das escalas e do mapa temático.

Resultados: Três mães apresentaram luto complicado identificado na aplicação da Escala de Luto Perinatal. Quatro temas emergiram na análise temática das entrevistas: (a) descoberta da perda; (b) atendimento; (c) impacto psicossocial e (d) estratégias de enfrentamento. Culpa, ansiedade, depressão e luto não legitimados são danos observados nas mães após o natimorto. Os tipos de *coping* predominantes nas mães a partir *BriefCOPE* foram religião, reinterpretação positiva, auto culpa, aceitação, coping ativo, suporte emocional, auto distração, expressão de sentimento, planejamento e suporte instrumental.

Conclusão: É possível concluir que o natimorto tem impacto negativo sobre as mães. O atendimento revela a inexistência de um protocolo e sugere que o apoio está condicionado a sensibilidade da equipe. O despreparo para noticiar o natimorto e conduzir o atendimento pós perda pode prejudicar a construção de estratégias de

enfrentamento. Conhecer a extensão dos danos causados por um natimorto pode contribuir para políticas de saúde pública e protocolos de atendimento para as mães que perderam seus bebês.

Descritores: luto materno, natimorto, impacto, enfrentamento

MOTHERS OF STILLBORN: GRIEF, PSYCHOSOCIAL IMPACT AND COPING

Abstract

Aim: To analyze the grieving status of mothers of stillborn babies, psychosocial impact, and coping strategies after fetal death.

Target population: Mothers of stillbirths attended at two maternity hospitals in the city of Rio Grande (state of Rio Grande do Sul, Brazil), aged 18 years or over, who participated in the study “Perinatal Survey in Rio Grande/RS” in 2019 and who answered no to the survey question “Was your child born alive?”. Twenty women were identified, 15 mothers of stillbirths eligible for the study.

Design: Cross-sectional.

Outcome: Grief, psychosocial impact, and coping strategies for mothers of stillborn.

Analysis: The data obtained were subjected to different analysis techniques. The data collected on the scales followed the analysis guidelines of the authors responsible for validating the instruments in Brazil. The data resulting from the in-depth interview comprised a corpus that was subjected to thematic analysis and, after reading, codes were generated, and a thematic map was developed. The triangulation of the collected data occurred during the interpretation and analysis of the results seeking to understand the convergences, combinations, and differences between the findings of the scales and the thematic map.

Results: Three mothers had complicated mourning identified in the application of the Perinatal Mourning Scale. Four themes emerged in the thematic analysis of the interviews: (a) discovering the loss; (b) service; (c) psychosocial impact and (d) coping strategies. Non-legitimized guilt, anxiety, depression, and grief are damages seen in mothers after stillbirth. The types of coping prevalent in mothers from BriefCOPE were religion, positive reinterpretation, self-guilt, acceptance, active coping, emotional support, self-distraction, expression of feeling, planning and instrumental support.

Conclusion: It is possible to conclude that stillbirth has a negative impact on mothers. The service reveals the lack of a protocol and suggests that support is conditioned to the team's sensitivity. Unpreparedness to report the stillbirth and conduct post-loss care can hinder the construction of coping strategies. Knowing the extent of damage caused

by stillbirth can contribute to public health policies and care protocols for mothers who have lost their babies.

Descriptors: maternal grief, stillbirth, impact, coping

CONTEÚDOS DO VOLUME

Esta dissertação de mestrado foi elaborada conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Rio Grande e está composta pelas seguintes seções:

- (1) Projeto: Inicialmente apresentado o projeto de pesquisa qualificado em dezembro de 2019, seguido das alterações que tornaram possível a sua aprovação.
- (2) Relatório de campo: Relatório das ações de planejamento e coleta de dados
- (3) Normas da revista: Referente às normas da revista Cadernos de Saúde Pública para a publicação do artigo final.
- (4) Artigo: Item composto pelo artigo final “Mães de natimortos: luto, impacto psicossocial e enfrentamento” com o objetivo analisar o estado de luto das mães de bebês natimortos, o impacto psicossocial e as estratégias de enfrentamento delas após o óbito fetal.
- (5) Nota à imprensa: Referente ao comunicado à imprensa sobre os resultados do estudo da dissertação.
- (6) Anexos

1. Projeto	10
2. Relatório de campo	60
3. Normas da revista	63
4. Artigo	74
5. Nota à imprensa	99
6. Anexos	101

1. Projeto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Revisão bibliográfica	15
1.2 Processo de busca de artigos	15
1.3 Luto	32
1.4 Impacto social	34
1.5 Estratégias de enfrentamento	35
2. JUSTIFICATIVA	38
3. OBJETIVO	38
3.1 Objetivo geral	38
3.2 Objetivos específicos	38
4. HIPÓTESES	39
5. METODOLOGIA	39
5.1 Tipo de estudo	39
5.2 População e local de estudo	39
5.3 Coleta de dados	41
5.4 Análise dos dados	43
5.5 Aspectos éticos	45
6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	46
7. ORÇAMENTO	46
8. CRONOGRAMA	48
9. REFERÊNCIAS	49
10. ANEXOS	53
11. APÊNDICES	56

1. INTRODUÇÃO

Aproximadamente 2,6 milhões de natimortos ocorrem em todo o mundo a cada ano e, no entanto, o natimorto é praticamente não reconhecido como um problema de saúde pública (Heazell AE et al., 2016). Os natimortos implicam uma alta carga psicossocial e econômica para as famílias e países (Froen JF et al., 2016). O custo financeiro direto de um natimorto é 10 a 70% maior que os bebês que nascem vivos (Heazell AE et al., 2016). Os pais podem ter consequências psicológicas negativas que perduram por vários anos após a perda do bebê, além de terem a sua renda reduzida devido ao tempo de licença de trabalho, redução da jornada de trabalho ou à redução da produtividade (Heazell AE et al., 2016). Os profissionais de saúde também podem ser afetados, experimentando sensações de culpa, raiva, tristeza, ansiedade e medo de denúncias e ações disciplinares (Froen JF et al., 2016). Assim, nas políticas globais de saúde, a alta carga de natimortos parece incongruente com a ação global para impedir essa perda. Os natimortos são considerados perdas invisíveis (Froen JF et al., 2011).

Os óbitos fetais têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho. Caracteriza-se o natimorto ou óbito fetal como aquele ocorrido antes do nascimento, conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a “morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da sua extração completa do corpo materno” (Brasil, 2011). Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária (Brasil, 2009).

Os óbitos fetais no Brasil podem ser acompanhados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). No SIM, o óbito fetal foi considerado como a perda do feto a partir da 20ª a 22ª semana de gravidez ou com peso igual ou superior a 500 gramas (Paris GF, 2015). Em seu estudo, Carvalho et al (2018) identificaram que a prevalência de natimortos no Brasil foi de 14,82% a cada 1000 nascimentos, e constataram também uma grande variabilidade entre as regiões do país. Em comparação com as regiões Norte e Nordeste, a região sul apresenta as menores taxas de mortalidade fetal, 9,2 por mil nascimentos no ano de 2006 (Brasil, 2009).

Embora se conheça a prevalência de natimortos no Brasil, a captação dos dados ainda não alcança níveis adequados em determinadas variáveis, necessitando esforços nos três níveis de gestão para se obter dados mais fidedignos (Brasil, 2011). A subnotificação de óbitos fetais no Brasil é um problema a ser enfrentado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2009). Tanto nos óbitos fetais e infantis, verifica-se que as variáveis que caracterizam as mães (idade e escolaridade), fundamentais para os estudos de mortalidade intrauterina e infantil, apresentam elevadas proporções de informações ignoradas ou não informadas (Brasil, 2011). Mesmo que a qualidade destas informações seja deficiente, as características do óbito fetal apontam para: mães mais jovens com menor escolaridade nos municípios de menor porte, e mães mais velhas com maior escolaridade nos municípios com 500 mil ou mais habitantes (Brasil, 2011). Com relação à duração da gestação, 27,8% dos óbitos fetais no país foram oriundos de gestações a termo (37 semanas ou mais), sendo esta proporção mais elevada nos municípios de menor porte e nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2011). A distribuição dos óbitos fetais por tipo de parto revelou que 70,7% nasceram de parto vaginal (Brasil, 2011).

Entre 2000 e 2009, mais de 65% dos óbitos fetais foram decorrentes de apenas quatro causas básicas: morte fetal por causa não especificada, hipóxia intrauterina, complicações da placenta, cordão umbilical e das membranas, afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual. Esses dados revelam que mais da metade desses óbitos não tem suas causas bem especificadas (Brasil, 2011).

Ter um bebê natimorto pode ser um evento de vida devastador para as mulheres e seus parceiros. No entanto, a extensão exata do impacto mais amplo sobre as famílias, a sociedade, o governo e os serviços de saúde ainda é desconhecida e provavelmente subestimada (Burden C et al., 2016). Em muitos contextos, cuidados de saúde seguros e eficazes são consistentemente fornecidos a mulheres grávidas e seus bebês. Mas, quando se tem um bebê natimorto, muitas vezes a sociedade diminui o valor desta perda e, implicitamente diminui a dignidade da mãe enlutada (Froen JF et al., 2011).

O impacto do natimorto pode durar muitos anos e os prestadores de cuidados da maternidade devem estar cientes de algumas necessidades dos pais, como, sensibilidade, empatia e validação emocional. O fornecimento de informações de forma sensível e cuidados competentes são significativos para as mães e podem diminuir o

sofrimento psicológico daqueles que tiveram um natimorto (Peters M et al.,2015). A morte fetal, apesar de ser um problema biomédico, é um fenômeno psicossocial significativo que tem potencial para mudar a vida de uma família. É necessário que os sistemas de saúde sejam sensíveis às necessidades destas mulheres e deem atenção aos aspectos psicossociais e culturais envolvidos nesta perda (Gopichandran V et al., 2018).

Este estudo pretende analisar o estado de luto das mães de bebês natimortos, bem como a experiência e estratégias de enfrentamento delas após o óbito fetal. Desta forma, o presente trabalho poderá contribuir com a área da saúde pública para que sejam implementados no futuro novos programas de atendimento e acompanhamento do luto destas mães que perderam seus bebês.

1.1 Revisão bibliográfica

Foram realizadas buscas nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo para identificar os estudos que investigassem o luto materno relacionado à natimortos. Foram utilizadas palavras chaves e termos descritos pelo *Medical Subject Headings* (MeSH). Como limites de busca utilizou-se a data de publicação de artigos nos últimos dez anos (2009-2019), estudos realizados com humanos e em língua portuguesa e inglesa.

Os descritores e estratégias de busca utilizados são apresentados no Quadro 1. Na base de dados Pubmed os descritores foram: *stillbirth* AND *mourning*. Nas bases de dados Lilacs foram utilizados os descritores em português: “natimorto” “luto”, e na base de dados Scielo foram utilizados também os descritores em português: natimorto AND luto. Utilizando estas estratégias de busca foram identificadas 87 referências.

Durante as buscas, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos os artigos que estivessem relacionados com o luto por natimorto o óbito fetal, publicados nos últimos 10 anos e em língua portuguesa e inglesa. Excluiu-se os artigos que estudavam o luto perinatal, luto por aborto espontâneo, luto por perdas com menos de 20 semanas de gestação e estudos feitos somente com profissionais da saúde.

A seleção dos artigos que compõe a revisão de literatura foi assim esquematizada: 1º leitura dos títulos dos artigos; 2º seleção dos títulos considerados relevantes; 3º leitura dos resumos; 4º seleção dos resumos considerados relevante; 5º leitura dos artigos na íntegra; 6º seleção dos estudos considerados relevantes. No final, foram selecionados 17 artigos que compõe a revisão bibliográfica deste projeto. A figura 1 descreve todos os passos da seleção realizada.

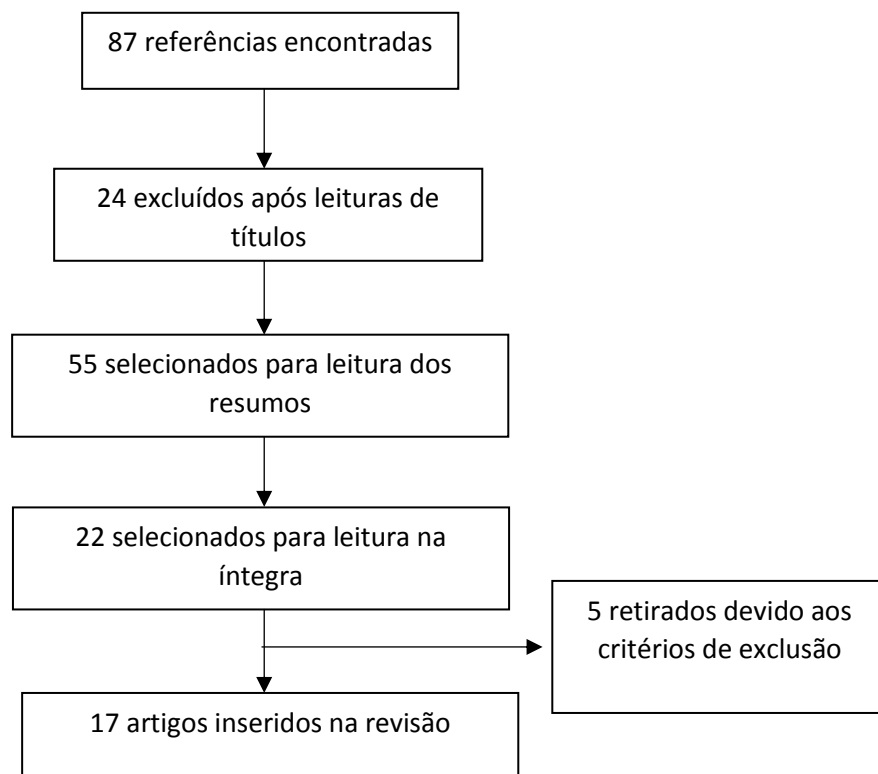
1.2 Processo de busca de Artigos

Quadro 1. Resultados da busca sistemática de literatura

Descritores	Bases de dados	Títulos encontrados	Títulos relevantes	Resumos selecionados	Artigos selecionados
<i>stillbirth</i> AND <i>mourning</i>	PubMed	78	55	22	14

"natimorto" "luto"	Lilacs	7	6	4	3
"natimorto" AND "luto"	Scielo	2	2	2	2
Total		87	63	28	17 (exclusão de duas duplicatas)

Figura 1. Fluxograma da busca bibliográfica e seleção de artigos



Quadro 2. Síntese da revisão

Autor/Ano/País	Delineamento	Objetivo	Amostra/ Instrumentos de avaliação	Desfecho e Variáveis	Principais resultados
Gopichandran et al.; 2018; Índia	Transversal	Compreender o impacto psicossocial, fatores agravantes, estilos de enfrentamento e sistema de saúde em resposta à natimortos.	Foram entrevistados em Tamil Nadu, Índia, 8 mulheres, cada uma com um acompanhante familiar e 2 prestadores de cuidados de saúde após ter se passado um ano do nascimento do bebê natimorto. Entrevista aberta contendo os seguintes itens: experiência de ter um bebê natimorto, sentimentos e emoções relacionados com a experiência, o apoio recebido, estratégias de enfrentamento, impacto social, impacto na família e impacto atribuído à experiência.	Desfecho: Impacto psicossocial dos natimortos sobre as mulheres e suas famílias. Variáveis independentes: qualidade do sistema de saúde, apoio dos prestadores de cuidados de saúde, apoio dos amigos e vizinhos, relacionamento conjugal e situação financeira	As mulheres que tiveram filhos natimortos sofriam de dor, culpa e remorso. Essas emoções foram agravadas pela percepção do sistema de saúde, amigos e vizinhos como insensíveis, relacionamento conjugal tenso e dificuldades financeiras. Para as mulheres e suas famílias ter um natimorto foi algo inesperado, confuso e frustrante. Como a causa exata da morte não foi explicada a eles claramente, eles estarem responsabilizaram diversas pessoas em suas vidas pela ocorrência. As mulheres e suas famílias relataram má qualidade nos serviços de saúde prestados e disseram que os cuidadores de saúde foram imprudentes e insensíveis. Os prestadores de saúde que cuidaram das mulheres

					que tiveram natimortos relataram sobrecarregados de trabalho. As mulheres relataram vários mecanismos de enfrentamento, como o isolamento, a imersão no trabalho, colocando o amor materno sobre outras crianças, a antecipação da próxima gravidez e a religiosidade.
Bond et al.; 2017; Austrália	Transversal	Identificar quais estratégias são mais valorizadas pelos pais em relação aos cuidados após o parto, para melhorar o apoio e a gestão das famílias enlutadas.	Foi realizado um estudo transversal com todas as famílias enlutadas que participaram do Estudo de Natimorto Sydney. O Estudo de Natimorto de Sydney foi uma base populacional para investigar fatores de risco modificáveis para natimorto no final da gravidez, entre janeiro de 2006 a dezembro de 2011. 36 das 103 mulheres enlutadas neste período responderam o questionário. Em fevereiro de 2012 questionários com uma carta de apresentação foram postados aos	Desfecho: Suporte integrado após a perda infantil. Variáveis independentes: comentários inapropriados, compreensão, empatia, tempo durante as consultas, tempo gasto com o bebê, orientação, serviços de suporte.	Das 103 mulheres que tiveram natimortos, 36 responderam ao questionário. Os respondentes tiveram maior probabilidade de ter atendimento obstétrico privado e ter formação superior. Foram identificados três temas relacionados ao tratamento hospitalar de natimortos: a resposta emocional ao luto, a importância de ser orientado através do processo de luto e o meio ambiente, incluindo neste o ambiente físico e tempo gasto com seus bebês e cuidadores.

			participantes enlutados do Estudo de Natimorto de Sydney. O questionário avaliou a satisfação dos participantes e a experiência com o hospital e o acompanhamento. O questionário continha perguntas abertas e perguntas com uma escala <i>likert</i> de cinco pontos variando de discordo plenamente, com a possibilidade de comentar cada uma das perguntas.		
Navidian et al.; 2017; Irã	Longitudinal	Determinar o efeito do acompanhamento psicológico do luto na gravidade dos sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mães após o nascimento de um bebê morto.	O estudo foi realizado em 100 mulheres que tiveram filhos natimortos recentemente (até quatro semanas) entre maio e setembro de 2016, e que foram encaminhadas para o Hospital de Maternidade de Zahedan, Irã. Esta amostra foi selecionada e dividida aleatoriamente em 2 grupos de intervenção e controle. O grupo de intervenção	Desfecho: Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Variável Independente: Acompanhamento psicológico do luto.	Os resultados mostraram que houve diferença significativa no escore médio da gravidade dos sintomas do TEPT nos dois grupos após a intervenção, o que significa que o acompanhamento psicológico do luto levou à redução da gravidade do TEPT nas mães.

			<p>recebeu quatro sessões de aconselhamento psicológico de luto por duas semanas e o grupo controle recebeu apenas cuidados pós-natais de rotina.</p> <p>Para avaliar o estresse pós-traumático foi utilizado um questionário com 14 perguntas que são preenchidas com sim ou não.</p>		
Burden et al, 2016; Inglaterra.	Revisão sistemática	Revisar, avaliar e resumir sistematicamente as evidências atuais sobre o impacto psicossocial do natimorto para pais e suas famílias.		Desfecho: Impacto psicossocial do natimorto para pais e suas famílias.	Foram identificados 2619 resumos, após a remoção dos duplicados e dos que não atendiam critérios de inclusão, foram selecionados 144 estudos. Os temas variaram de sintomas psicológicos negativos após o luto e em gestações subsequentes e impacto nos irmãos e na família. Identificou-se sentimentos contraditórios sobre qual decisão tomar após a perda do bebê, evitação de memórias do bebê, ansiedade em relação à outras crianças, dor crônica e fadiga. Nos

					estudos referentes aos pais identificou-se supressão dos sentimentos, dificuldades financeiras e aumento do uso de substâncias. Outros estudos específicos para mães incluíram-se imagem corporal alterada e impacto na qualidade de vida. Em estudos de países de baixa e média renda observou-se estigmatização e pressão para priorizar ou atrasar a concepção.
Paris et al.; 2016; Brasil, Canadá	Transversal	Verificar a associação entre o luto complicado e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, de satisfação conjugal e apoio profissional em mulheres após óbito fetal.	26 mulheres que tiveram óbito fetal residentes no município de Maringá, Brasil, e 18 mulheres de Quebec, Canadá. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário envolvendo as características sociodemográficas, reprodutivas e utilização ou não de grupo de apoio profissional, e um questionário autoaplicável contemplando as características mentais	Desfecho: estado de luto Variáveis independentes: características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, de satisfação conjugal e apoio profissional da mulher.	A prevalência do luto complicado foi maior nas brasileiras (35%) em relação às canadenses (12%). As características das brasileiras associadas ao luto complicado foram a presença de gestação anterior com filho nascido vivo, não ocorrência de perda perinatal anterior, depressão pós-parto e não satisfação conjugal. Para as canadenses foi observado que 80% das mulheres sem luto

			(versão curta da Escala de Luto Perinatal, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, Escala de Ansiedade e satisfação conjugal)		utilizaram grupo profissional de apoio. Nas duas populações a ocorrência de luto complicado foi mais frequente nas mulheres com duração na gestação maior que 28 semanas.
Lemos et al.; 2015; Brasil	Transversal	Estudar como as mulheres vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional.	Participaram 11 mulheres internadas no alojamento conjunto de uma maternidade pública, na cidade do Rio de Janeiro. Foi utilizado uma entrevista aberta com uma única pergunta disparadora: "O que esta perda gestacional significa para você?"	Desfecho: Vivência e enfrentamento da perda gestacional. Variáveis independentes: suporte familiar e da equipe de saúde.	Observou-se que o momento do óbito fetal é marcado por reações de choque e negação, seguido de um estado de humor deprimido, desmotivação, autoestima baixa e medo de novas perdas. O suporte familiar e da equipe de saúde é visto como essencial para a elaboração da vivência da perda gestacional.
Peters et al., 2015; Austrália	Revisão sistemática	Revisar e informar as práticas significativas e culturalmente apropriadas, baseadas em evidências entre os prestadores de cuidados de maternidade que cuidam de mães e famílias que tiveram natimortos.		Desfecho: Práticas de cuidados dos prestadores de saúde que cuidam de mães e famílias que tiveram natimortos.	Os pais enlutados querem que a equipe demonstre sensibilidade e empatia, valide suas emoções, forneça informações claras e esteja ciente de que o momento das informações pode ser perturbador. Os pais querem apoio e orientação ao tomar

					decisões sobre ver e segurar o bebê. Sensibilidade, respeito, colaboração e informações são essenciais em toda a experiência do nascimento de um natimorto.
Lima et al.; 2015; Brasil	Transversal	Compreender se a escrita pode ser usada como recurso terapêutico no luto materno de natimortos.	Foram pesquisados textos de três blogs brasileiros redigidos pelas autointituladas “mães de anjo”, mães que tiveram perda fetal tardia e que escrevem suas experiências na internet.	Desfecho: Luto materno Variável Independente: escrita materna	A escrita foi compreendida como terapêutica, pois organiza a vivência traumática e elabora a perda invisível socialmente, além de ser o principal meio de manter a memória do bebê perdido.
Kingdon et al., 2015; EUA	Revisão sistemática	Revisar e avaliar se a abordagem dos profissionais de saúde para ver e segurar o bebê natimorto após o nascimento afeta a visão e a experiência dos pais.		Desfecho: experiência e visão dos pais após o nascimento de um bebê natimorto Variável Independente: abordagem dos profissionais de saúde para os pais verem e segurarem o bebê natimorto.	A estratégia de busca identificou 745 resultados, 6 registros adicionais foram identificados e após a remoção dos artigos a partir dos critérios de exclusão foram selecionados 12 estudos ao final. A revisão não oferece evidências para responder à pergunta; “Os pais devem ver e segurar seu bebê natimorto?” Os resultados sugerem que

					os profissionais de saúde devem informar aos pais sobre as opções de ter contato com o bebê após o nascimento de um bebê morto, sendo sensíveis na maneira que oferece esta oportunidade aos pais.
Wilson et al; 2015; Austrália	Longitudinal	Documentar as experiências e os resultados dos pais em relação a ver e segurar um bebê natimorto em um hospital com um serviço especializado de luto perinatal.	Estudo prospectivo de corte com 26 mães e 11 pais que tiveram filhos natimortos entre setembro de 2017 a dezembro de 2008. Dados sobre as decisões dos pais, sofrimento, estado de saúde mental e arrependimento foram coletados por pesquisa enviada pelos correios entre 6 a 8 semanas do nascimento do natimorto. Sofrimento e saúde mental foram avaliados novamente aos 6 e 13 meses após a perda. Foram utilizados os seguintes questionários: Escala de Arrependimento, Escala de Luto Perinatal e o Inventário de Saúde Mental.	Desfecho: Enfrentamento do luto e saúde mental dos pais de natimortos. Variável Independente: Ver e segurar o bebê natimorto	Das 78 mortes fetais, 26 mães e 11 pais participaram do estudo. A maioria (20 mães e 9 pais) preferiu ver e segurar seu bebê natimorto. Pouco pesar foi relatado, independentemente da decisão. Para as mães, ver e segurar era associado a maior “luto ativo”, mas não como “não enfrentamento” ou problemas de saúde mental. Os pais relataram problemas de saúde mental, mas com a amostra pequena as estimativas são imprecisas.

Ryninks et al.,2014; Suíça	Transversal	Investigar como as mães descrevem sua experiência de passar um tempo com seu bebê natimorto e como se sentiram sobre a decisão que tomaram para ver e segurar o bebê ou não.	Vinte e uma mães com idade média de 34,4 anos foram entrevistadas como parte de um estudo longitudinal maior de 65 mães, que investigou a saúde mental materna após o natimorto. Todas as entrevistas foram realizadas três meses após a morte fetal. Foram utilizadas duas perguntas abertas: “Como você descreveria a sua experiência de passar um tempo com seu bebê?” e “Olhando para trás, como você se sente sobre a decisão que tomou em gastar um tempo com seu bebê natimorto?”	Desfecho: Impacto psicológico e experiência das mães de natimortos. Variável independente: ver e segurar o bebê natimorto	Todas as mulheres tinham visto o natimorto e 19 mulheres tinham pegado o bebê. O contato com o bebê natimorto proporcionou às mães tempo para processar o que aconteceu, criar memórias e dizer adeus, compartilhando a experiência com os parceiros e outros membros da família. A maioria das mães sentiu-se satisfeita com a decisão de passar um tempo com seu bebê natimorto. Várias mães falaram sobre o medo de ver um corpo danificado ou morto. Algumas mães experimentaram forte descrença e dissociação durante o contato.
Heazell et al., 2013; Reino Unido, EUA, Irlanda, Austrália, Noruega, Holanda.	Transversal	Compartilhar experiências para melhorar o suporte ao luto e cuidados clínicos após o natimorto.		Desfecho: Suporte ao luto e cuidados clínicos após o natimorto. Variáveis independentes: apoio aos pais, suporte e treinamento para profissionais de saúde, necessidade de dados precisos sobre natimortos e auditorias perinatais.	A interação entre os profissionais de saúde e os pais enlutados desempenha um papel importante na capacidade da família para lidar com sua perda. O apoio exige treinamento e o reconhecimento de que a

					equipe deve ter tempo e apoio adequado para fornecer o cuidado emocional e psicológico. É essencial que todos os casos de morte fetal sejam registrados, bem como promover auditorias para investigar as causas da morte fetal.
Avelin et al., 2013; Suécia	Longitudinal	Descrever o luto de mães e pais e sua influência em seus relacionamentos após a perda de um bebê natimorto.	Foram enviados questionários separadamente para as mães e os pais em três meses, um ano e dois anos após a morte fetal. 55 pais (33 mães e 22 pais) participaram nos três meses de acompanhamento, 31 mãe e 18 pais no seguimento de um ano e 26 mães e 15 pais no período de 2 anos de acompanhamento. O questionário continha questões de múltipla escolha com espaço para comentários e questões abertas abrangendo os dados demográficos, o tempo antes e durante a gravidez, o parto, o contato como bebê	Desfecho: Relacionamento entre mãe e pai de natimortos. Variável Independente: Luto após a perda fetal	Mães e pais afirmaram que se aproximaram após a perda e que o sentimento se aprofundou ao longo do ano seguinte. Os pais disseram que começaram a sofrer imediatamente, tanto como indivíduos, e juntos como um casal. Durante este processo de luto, suas expectativas, expressões e necessidades pessoais e conjuntas podem ter ameaçado seu relacionamento como casal, na medida em que individualmente sentiram-se sozinhos neste momento de perda. Embora algumas mães e pais tivessem estilos semelhante de

			<p>natimorto, reação de luto, a situação para irmãos e relacionamento com parceiros e intimidade. No questionário de dois anos de acompanhamento foi inserida uma pergunta: "Se você acredita que você e seu parceiro têm reagido de forma diferente ao luto, por favor diga-me de que maneira. "</p>		<p>luto, a intensidade e a expressão de luto variavam, e os efeitos eram profundos e únicos para cada indivíduo.</p>
<p>Avelin et al.; 2013; Suécia</p>	<p>Transversal</p>	<p>Determinar se a maneira como os cuidadores oferecem oportunidades de ver e segurar um bebê natimorto afeta os sentimentos da mãe em relação a ver e segurar seu recém-nascido.</p>	<p>Participaram do estudo 840 mães que tiveram um filho natimorto após a 22ª semana gestacional. Estas mães responderam um questionário online, onde foram apresentadas as seguintes perguntas de múltipla escolha: A equipe mostrou, deu o bebê pra mim sem perguntar? A equipe perguntou se eu queria ver ou segurar meu bebê? Eu peguei o meu bebê nos braços sozinho? A equipe me pressionou a ver e segurar meu bebê? Foi perguntado também como elas se sentiram</p>	<p>Desfecho: sentimentos da mãe em relação a ver e segurar o bebê natimorto.</p> <p>Variável independente: Maneira como os cuidadores oferecem a oportunidade de ver e segurar o bebê natimorto.</p>	<p>Quando as mães foram apresentadas ao bebê como uma parte normal do nascimento, sem serem perguntadas se elas queriam vê-lo, elas relataram com mais frequência que a experiência era confortável em comparação com as mães que foram perguntadas se queriam ver o bebê. Foi observada uma tendência em que mais mães se sentissem naturais, boas, confortáveis e menos assustadas quando o bebê natimorto foi</p>

			quando viram o bebê, com as seguintes opções: “natural”, “bom”, “desconfortável” e “assustador”, estes sentimentos foram classificados em escala likert de 4 pontos variando de nada a muito.		apresentado de forma simples e natural às mães sem pedir que elas escolhessem se queriam ver ou não.
Erlandsson et al., 2011; Suécia	Longitudinal	Descrever a experiência de apoio dos pais ao longo de um período de 2 anos após a morte fetal e seu efeito sobre a dor dos pais.	Foram enviados questionários para as mães e os pais em três meses, um ano e dois anos após a morte fetal. 55 pais (33 mães e 22 pais) participaram nos três meses de acompanhamento, 31 mães e 18 pais no seguimento de um ano e 26 mães e 15 pais no período de 2 anos de acompanhamento. O questionário continha questões de múltipla escolha com espaço para comentários e questões abertas abrangendo os dados demográficos, o tempo antes e durante a gravidez, o parto, o contato como bebê natimorto, reação de	Desfecho: Dor dos pais de natimortos Variável independente: Apoio fornecido aos pais de natimortos	Parteiras, médicos, conselheiras e padres no hospital onde o bebê nasceu são os que estão na linha de frente do suporte profissional. O apoio da família e dos amigos foi visto como importante 2 anos após o nascimento do bebê natimorto. Os planos de apoio para casais após natimorto devem ter em conta as diferentes necessidades individuais entre pais e mães, bem como toda a situação familiar. Materiais educacionais impressos dados aos indivíduos da rede social ou família podem ser úteis.

			luto, a situação para irmãos e relacionamento com parceiros e intimidade. No questionário de dois anos de acompanhamento os pais foram convidados a avaliar o quanto eles estavam satisfeitos com o apoio que receberam e o quanto o pessoal do hospital e outros apoiaram a sua dor.		
Froen et al. ,2011; Noruega, EUA, Nigéria, Paquistão, Índia	Transversal	Explorar a condição atual dos natimortos no mundo.	Na pesquisa profissional, 2490 profissionais de saúde em 135 países foram incluídos, e 1127 pais de 32 países responderam à pesquisa dos pais. Responderam os questionários os profissionais de saúde que trabalham com saúde materna, perinatal, neonatal ou infantil. Para esta população foi enviado por e-mail um questionário que coletou os seguintes dados: 1. dados demográficos do respondente, 2. percepção do respondente sobre prioridades e prevenção	Desfecho: Condição dos natimortos no mundo.	Os achados destacam a necessidade de forte apelo à ação. A aspiração das mães de ter um bebê vivo, esteve ausente da agenda global de saúde. Milhões de morte não são contadas; natimortos não estão na carga global de doenças, nem em anos de vida ajustados por incapacidade perdidos, e eles não fazem parte dos Objetivos do Milênio das Nações Unidas. A tristeza das mães pode ser agravada pelo estigma social, culpa e marginalização nas regiões onde a maioria

			de natimortos, 3. avaliação clínica e definição para natimortos e 4. percepções comuns em sua comunidade em relação às mulheres afetadas por natimortos. Uma menor versão do mesmo questionário, coletando apenas os itens 1 e 4 foram enviados por e-mail aos pais de natimortos.		das mortes ocorrem. A maioria dos bebês natimortos são eliminados sem nenhum reconhecimento ou ritual, como nomes, dado um funeral ou sendo vestido e segurado pela mãe. A prevenção de natimortos está intimamente ligada com prevenção de mortes maternas e neonatais. O conhecimento de causas e soluções viáveis para prevenção é essencial para os profissionais de saúde.
Cacciatore J., 2010, Estados Unidos.	Transversal	Descobrir as maneiras pelas quais a experiência da mulher com a morte de um bebê a afeta como indivíduo e dentro da sua família.	Responderam ao questionário 47 mulheres com idades entre 19 e 51 anos que tiveram bebês natimortos. O tempo decorrido da morte fetal variou entre 1 a 10 anos. O questionário continha 3 perguntas qualitativas: “O que você acha que mais o ajudou a lidar com a morte de seu filho?”, “O que você lamenta que teria alguma relação com a morte de seu filho e eventos anteriores ou	Desfecho: Experiência da mulher com a morte do filho Variáveis independentes: apoio social, legitimação de sua perda, oportunidades de rituais e emoções como vergonha e culpa.	Das 47 participantes, 45% (n=21) relataram ter pensamentos de automutilação, 100% (n=47) relataram que ter um bebê natimorto tinha mudado a sua identidade de forma significativa, 37 citaram o apoio social como o fator mais importante para ajudar a lidar com a morte do bebê.

			posteriores?" Você tem experimentado pensamentos de auto mutilação e , em caso afirmativo, quais foram as circunstâncias?" Ao final foi dado também uma narrativa opcional.		
--	--	--	---	--	--

1.3 Luto

O luto é um estado mental no conjunto de reações em consequência de uma perda significativa, geralmente pela morte de uma pessoa amada (Paris GF, 2015). Por conta disso o luto é um processo pessoal, mas que segue um curso bastante previsível, com reações à perda que incluem impedimentos temporários das funções do dia a dia, retirada de atividades sociais e pensamentos intrusivos que podem continuar por períodos variáveis (Kersting e Wagner, 2012).

Para Bowlby (2004), as pessoas reagem à perda através de quatro fases, contudo não são bem delineadas, podendo ocorrer oscilação durante algum tempo, entre duas delas. A primeira fase é a do entorpecimento, que geralmente dura de algumas horas a uma semana e pode ser interrompida por explosões de aflição e/ou raiva intensas; após vem a fase de anseio e busca da figura perdida, que dura alguns meses e por vezes anos; em seguida vem a fase da desorganização e desespero; e por fim a fase de menor ou maior grau de reorganização (Bowlby, 2004).

Paris (2015) cita que no processo natural do luto os sintomas de tristeza e choro vão gradualmente se extinguindo, e a pessoa perdida passa a ser apenas uma lembrança e a vida afetiva recupera o seu curso. O luto complicado ocorre quando os sintomas de tristeza permanecem de uma forma disfuncional, deixando o indivíduo incapacitado (Paris GF, 2015). Kersting e Wagner (2012) complementam dizendo que se a morte ocorreu de forma violenta, repentina ou traumática os sintomas podem ser mais perturbadores ou de longa duração do que em uma resposta normal à dor.

Diante da necessidade de mais informações sobre processo de luto e para embasar estudos futuros, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na sua 5ª edição (DSM-5) trouxe um conjunto de critérios propostos para o Transtorno do Luto Complexo Persistente:

- A. O indivíduo experimentou a morte de alguém com quem tinha um relacionamento próximo.
- B. Desde a morte, ao menos um dos seguintes sintomas é experimentado em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiu por pelo menos 12 meses após a morte no caso de adultos enlutados:
 - 1. Saudade persistente do falecido.

2. Intenso pesar e dor emocional em resposta à morte.
 3. Preocupação com o falecido.
 4. Preocupação com as circunstâncias da morte.
- C. Desde a morte, ao menos seis dos seguintes sintomas são experimentados em um grau clinicamente significativo na maioria dos dias e persistiram por pelo menos 12 meses após a morte, no caso de adultos enlutados:
- Sofrimento reativo à morte
1. Marcada dificuldade em aceitar a morte.
 2. Experimentar incredulidade ou entorpecimento emocional quanto à perda.
 3. Dificuldade com memórias positivas a respeito do falecido.
 4. Amargura ou raiva relacionada à perda.
 5. Avaliações desadaptativas sobre si mesmo em relação ao falecido ou à morte (p. ex., autoacusação).
 6. Evitação excessiva de lembranças da perda.
- Perturbação social/da identidade
7. Desejo de morrer a fim de estar com o falecido.
 8. Dificuldade de confiar em outros indivíduos desde a morte.
 9. Sentir-se sozinho ou isolado dos outros indivíduos desde a morte.
 10. Sentir que a vida não tem sentido ou é vazia sem o falecido ou a crença de que o indivíduo não consegue funcionar sem o falecido.
 11. Confusão quanto ao próprio papel na vida ou senso diminuído quanto à própria identidade.
 12. Dificuldade ou relutância em buscar interesses desde a perda ou em planejar o futuro.
- D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importante da vida do indivíduo.
- E. A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade.

O luto após a morte fetal pode conter alguns aspectos únicos. Para Aguiar e Zorning (2016), as pessoas que convivem e que estão ao redor dos pais que sofreram a

perda pode não compreender a dor que eles sentem e não reconhecer o luto vivido. Dessa forma, mesmo sem ter a intenção, as pessoas tendem a privar os pais, especialmente a mãe, de entender, sofrer e elaborar o luto (Aguilar HC e Zorning S, 2016). Os pesquisadores ainda complementam dizendo que habitualmente após a perda fetal os pais possuem poucas recordações do bebê devido a vários fatores, podendo gerar uma sensação intensa de vazio. Tais situações podem ser vivenciadas de forma diferente para os pais, no processo de luto as mães mais frequentemente do que os pais relatam culpa, pensamentos e sentimentos perturbadores (Burden C et al., 2016).

1.4 Impacto psicossocial

O período após o natimorto tem consequências extensas para pais e suas famílias. Ter um natimorto está associado a uma série de sintomas psicológicos negativos. Burden et al. (2016), em seu estudo, identificaram que pais enlutados tiveram taxas significativamente mais elevadas de distúrbios psicológicos e emocionais, incluindo; depressão, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, agorafobia, raiva, avaliações cognitivas negativas, tais como sensação de fracasso, e a longo prazo culpa, transtorno de estresse pós traumático e ideação suicida. Alguns pais demonstraram fortes sentimentos de isolamento social e desconexão do seu ambiente social, os problemas de saúde mental em alguns casos surgiram décadas após a perda (Burden C et al., 2016).

Em seu estudo Shakespeare et al. (2018), identificaram que as mulheres experimentam uma ampla gama de manifestações de luto após o nascimento de um filho morto, e quando seu luto não é reconhecido pelos profissionais de saúde, em sua comunidade ou em sua família, ocorre um agravo nas experiências negativas de estigmatização, culpa, desvalorização e perda do status social. Da mesma forma, Gopichandran et al. (2018) perceberam que as mulheres se sentiam altamente estigmatizadas e vistas como um fracasso da feminilidade por darem à luz de um bebê morto.

Burden et al (2016) identificaram o impacto do natimorto também se estende sobre a família mais alargada, incluindo os avós. O impacto pode atingir os irmãos, incluindo o gêmeo sobrevivente e as crianças subsequentes. Esses efeitos parecem

duradouros e podem afetar a longo prazo a saúde emocional e física dos filhos (Burden C et al., 2016).

As consequências após a perda do bebê natimorto podem se estender ainda para os outros filhos. Segundo Cacciatore (2010), as crianças dentro do sistema familiar são afetadas pela morte de um bebê e suas necessidades emocionais podem não serem atendidas. Devido a tantas exigências, os pais podem ser incapazes de fornecerem o sustento emocional e físico exigido pelas crianças sobrevivente (Cacciatore J, 2010).

Além disso, a perda perinatal de uma criança tem um potencial para ter um grande impacto sobre as mães, pais e o relacionamento do casal. Sentimentos e projeções de culpa, bem como sentimentos de raiva para o parceiro e perda da visão de um futuro como uma família podem colocar estresse considerável sobre o relacionamento do casal (Kersting A & Wagner B, 2012). Divórcios e dificuldades no relacionamento foram frequentemente relatados (Burden C et al., 2016). Outros autores ainda sugerem que o natimorto foi associado a ganhos reduzidos de emprego ou uma incapacidade de retornar ao trabalho remunerado, evidenciando que o impacto pode envolver uma série de situações sociais, emocionais e relacionais (Heazell et al., 2016).

1.5 Estratégias de enfrentamento

Lidar com a perda exige uma série de estratégias de enfrentamento. O enfrentamento ou “coping” tem sido definido como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerenciar demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como taxando ou excedendo os recursos da pessoa” (Lazarus R & Folkman S, 1984, p. 141). Considerando que o primeiro momento da perda é vivenciado dentro da instituição hospitalar, a interação entre profissionais de saúde e pais enlutados desempenha um papel importante na capacidade das famílias no enfrentamento dessa experiência (Heazell AE et al., 2012). Peters et al. (2015) reforçam dizendo que a prestação de cuidados pelos profissionais de saúde de forma sensível, leal e compreensível pode diminuir o sofrimento psicológico dos pais que passam pela experiência de ter um natimorto.

A prestação de apoio ao luto não é algo simples que os profissionais podem apenas fazer, tal como acontece com as outras habilidades, o apoio ao luto exige treinamento e o reconhecimento de que a equipe de saúde deve ter tempo e apoio adequado para fornecer o cuidado emocional e psicológico (Heazell AE et al., 2012). De maneira semelhante, Cacciatore (2010) concluiu que a equipe do hospital, amigos, familiares e médicos necessitam de educação sobre a experiência do natimorto para melhor prover um cuidado sensível e compassivo para as mães enlutadas.

Em seu estudo, Aho et al. (2011) identificaram que a intervenção e acompanhamento profissional poderia reduzir reações de luto dos pais e aumentar o seu enfrentamento após a morte de uma criança. Uma grande proporção de pais do grupo de intervenção relatou que o apoio prestado foi muito útil para eles em termos de enfrentamento (Aho AL et al., 2011). O estudo de Cacciatore (2010) mostrou que 37 das 47 participantes, identificaram o apoio social como o fator mais importante para ajudar a lidar com a morte do bebê. Neste mesmo estudo três temas principais emergiram na narrativa das mães enlutadas: necessidade de validação da perda e do luto subsequente; desejo de a identidade do bebê ser reconhecida e valorizada e um pedido de apoio social e intervenções com compaixão pela equipe de saúde (Cacciatore J, 2010).

Peters et al. (2015) e Bond et al. (2017) ressaltam a importância das mães que acabaram de dar à luz a um bebê natimorto tenham um espaço físico adequado, um ambiente isolado de outras mães grávidas ou bebês recém-nascidos. Kersting e Wagner (2012) citam que antes era prática comum remover o bebê natimorto logo após o parto, mas esta política foi atualizada nos últimos anos, com a suposição de que ver e segurar o bebê natimorto ajuda o processo de luto das mães. No entanto, alguns estudos estão sendo realizados para verificar o efeito desta prática (Erlandsson K et al., 2013; Ryninks K et al., 2014; Wilson PA et al., 2015).

Os resultados de Erlandsson et al., 2013, indicam que as mães se sentem menos assustadas e desconfortáveis quando veem e seguram seu bebê natimorto. Os autores concluem dizendo que oferecer simplesmente o bebê aos pais, sem perguntar a eles se gostariam de vê-lo ou segurá-lo pode ser a maneira mais natural e útil de fornecer apoio psicossocial (Erlandsson E et al., 2013). Ryninks et al (2014), ao explorar a experiência das mães de passarem um tempo com seus bebês natimortos, identificaram que a

maioria delas sentiu-se satisfeita com a experiência, e as poucas mães que escolheram não segurar o bebê manifestaram pesar por esta decisão. Ver o bebê natimorto ajudou as mães a aceitarem que seu bebê tinha morrido e proporcionou a oportunidade de se despedirem (Ryninks K et al., 2014). Já Wilson e colaboradores (2015) identificaram ao longo do seu trabalho que as mães que viram e seguraram seus bebês natimortos poderiam experimentar uma maior intensidade de dor comparadas às mães que optaram por não ver o seu bebê, mas, isto não foi avaliado como um indicativo de distúrbio de saúde mental.

No trabalho de Ryninks et. al (2014) várias mães falaram sobre o medo que sentiam de como seria o bebê, bem como o medo de ver um corpo morto em geral. Para que este temor não seja um impedimento para os pais verem o seu bebê, é importante que estes medos sejam explorados com sensibilidade e discutidas as formas de enfrentamento (Ryninks K et al., 2014). É fundamental que os profissionais de saúde forneçam informações e orientem os pais na sua decisão de ver e segurar o bebê natimorto, pois, os pais podem no futuro se arrependem de não ter tido este contato (Kingdon C et al., 2015). Shakespeare et al. (2018) em sua revisão identificaram que as mães que tiveram apoio emocional e material da sociedade, incluindo a família, amigos, religiosos e grupos de apoio relataram escores de luto e depressão inferiores. Também foi citado pelas mães uma variedade de mecanismos de enfrentamento que teriam lhes beneficiado, incluindo a religião e a fé, distração, apoio familiar e a automedicação (Shakespeare C et al., 2018).

O enfrentamento do luto pode ser vivenciado de diferentes formas. No estudo de Avelin et al. (2013), as mães enlutadas relataram que para elas era importante expressar sua dor através de lágrimas e conversando sobre sua perda; já os pais disseram que frequentemente expressavam sua dor através da frustração e se afastando das atividades (Avelin P et al, 2013). Gopichandran et al. (2018) em seu estudo com mulheres indianas que tiveram natimortos identificou as seguintes estratégias de enfrentamento: imersão no trabalho; manifestação do amor maternal em relação à outras crianças na casa, como filhos de irmãos; apoio de amigos de familiares; antecipação de uma nova gravidez e crença em Deus.

2. JUSTIFICATIVA

Os achados no estudo de Heazell et al., 2016, mostram que a carga dos natimortos ainda é subvalorizada em contraste com outros resultados adversos da gravidez. Os natimortos estão associados a custos diretos e indiretos, psicológicos e sociais para as mães e suas famílias, para a sociedade e o governo. Os custos incluem assistência médica e investigações no momento da morte fetal e em gestações subsequentes; despesas de funeral; tristeza e consequências psicológicas negativas; isolamento social; ruptura do relacionamento familiar; discriminação; e efeitos negativos sobre o emprego (Heazell AE et al., 2016).

O impacto do natimorto sobre os pais parece ser subestimado, não só pela família e amigos, mas também pela saúde mental e outros profissionais da saúde. Alguns o veem como uma perda reprodutiva e não a morte de uma criança, acreditam que se os pais não experimentaram a criança fora do corpo da mãe, não havia vínculo ou amor (Cacciatore J, 2010).

Os natimortos não podem continuar invisíveis. A lacuna de pesquisas na compreensão e melhorias das condições das mulheres afetadas pelo natimorto leva ao dano continuado das mulheres em todo o mundo (Froen JF et al., 2011). Percebe-se assim uma necessidade de voltar o olhar para estas mães enlutadas, um olhar humanizado, responsável e sensível. Que este seja apenas um estudo inicial dentro da saúde pública que incentive novos estudos para aumentar a compreensão e consciência do impacto do natimorto.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Analisar o estado de luto, o impacto psicossocial e as estratégias de enfrentamento das mulheres que tiveram bebês natimortos na cidade de Rio Grande, RS, no ano de 2019.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o estado de luto das mães que tiveram bebês natimortos e identificar as características sociodemográficas e reprodutivas, experiência de ver e segurar o bebê, apoio recebido pela equipe de saúde e acompanhamento psicológico após a perda;

- Compreender a experiência e as estratégias de enfrentamento relatadas pelas mães de natimortos.

4. HIPÓTESES

- As mães que não puderem ter a experiência de ver e segurar o bebê, que não receberem assistência da equipe de saúde e que não tiverem acompanhamento psicológico após a perda podem apresentar uma experiência de luto complicado;

- As mães de natimortos não recebem uma assistência adequada na ocorrência da perda do bebê.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Estudo de método misto de caráter transversal retrospectivo, descritivo e exploratório do estado de luto e das estratégias de enfrentamento das mães de natimortos. Nesse estudo, a coleta de dados quantitativos e qualitativos acontecerá de forma concomitante, contudo será privilegiado o delineamento qualitativo (Creswell, 2010).

5.2 População e local de estudo

São foco do estudo as mães que tiveram perda fetal. Para tanto, serão incluídas todas as mães que tiveram filhos natimortos atendidas nas duas únicas maternidades do município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil (Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande e Hospital Universitário da Universidade Federal de Rio Grande- FURG) entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2019. São critérios de inclusão: ter participado do estudo anterior intitulado “Inquérito Perinatal em Rio Grande/RS”, ter respondido não

a pergunta do inquérito “o seu filho nasceu vivo?”, ter idade igual ou superior a 18 anos e ter indicado interesse em participar de novas etapas do Inquérito e de novos estudos, informando seu número telefônico para contatos futuros

Como trata-se de um grupo específico, o projeto foi planejado de forma retrospectiva a partir do banco de dados do “Inquérito Perinatal em Rio Grande/RS” que têm por objetivo avaliar a cada três anos a assistência à gestação e ao parto no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. O referido estudo coletou dados de todas as mães que tiveram bebês nos hospitais da cidade de Rio Grande (Hospital Universitário da FURG e 2 na Santa Casa) desde 01/01/2019 até a data de 31/12/2019. Para a composição da amostra foram identificadas as respostas negativas dadas para a pergunta “o seu filho nasceu vivo?”. Ao total foram 20 respostas “não” a pergunta feita no Inquérito, ou seja, no ano de 2019 ocorreram no total 20 óbitos fetais registrados nas maternidades de Rio Grande (sendo 18 óbitos fetais no Hospital Universitário da FURG e 2 na Santa Casa). Dentre as 20 respostas de mães que tiveram filhos natimortos, 15 delas preenchem os critérios de inclusão para a presente proposta (são mulheres com idade acima de 18 anos e que indicaram interesse em participar de novas etapas do Inquérito e de novos estudos, informando seu número telefônico para contatos futuros) e 5 respostas não preenchem os critérios de inclusão, visto que 2 mães são menores de 18 anos e 3 mães não informaram seus dados para contatos futuros (número de telefone) e, por esses motivos, foram excluídas da amostra que será contatada para essa nova proposta.

5.3 Coleta de dados

A coleta de dados acontecerá somente após a apreciação e aprovação do projeto no Comitê de Ética da FURG. Por se tratar de um estudo de caráter transversal retrospectivo, os dados do desfecho – natimortos – já são conhecidos, conforme já mencionado na seção anterior. Isso significa que serão contatadas 15 possíveis participantes que informaram apenas o número de contato telefônico no banco de dados do Inquérito Perinatal. Todas serão contatadas e convidadas para participar do estudo. Diante da pandemia da COVID-19 todos os contatos acontecerão de forma remota. O primeiro contato será feito por telefone para que o convite para o estudo seja feito e, caso a mulher concorde e autorize a sua participação, um segundo contato será

agendado para a posterior realização da entrevista remota (por meio de WhatsApp). A mãe estará em seu domicílio durante a entrevista, assim como o entrevistador estará em seu próprio domicílio. Não haverá qualquer contato presencial.

A entrevista será composta por diferentes momentos e diferentes estratégias para a coleta de dados. Primeiro, para dar início a conversa, será utilizado um questionário com objetivo de conhecer brevemente a história gestacional da mulher (Apêndice 1), logo em seguida será abordada a perda e será aplicada a Escala de Luto Perinatal (Anexo 1) e por fim serão feitas algumas perguntas previstas para uma entrevista semi dirigida (Apêndice 2) e o *BriefCOPE* (Anexo 2) com objetivo de conhecer as estratégias de enfrentamento ao luto. Os diferentes momentos serão breves e buscarão oferecer um espaço acolhedor para as questões relativas à perda e ao luto.

O primeiro questionário, baseado no modelo de Paris (20015), contemplará características sociodemográficas da mãe como seguem:

Variável	Forma de coleta	Operacionalização
Escolaridade da mãe	Referida	Anos completos de estudo
Religião	Referida	Católica, evangélica; nenhuma; outra
Prática de religião	Referida	Sim; não
Situação de emprego	Referida	Tempo integral; meio período; tempo parcial ocasional; estudante; dona de casa; outro
Paridade	Referida	Número de filhos
Planejamento da gravidez	Referida	Sim; não
Data da perda	Referida	Data
Idade gestacional na perda do bebê	Referida	Semanas de gestação
Idade da mãe no momento da perda	Referida	Anos completos

Idade do companheiro no momento da perda	Referida	Anos completos
Relacionamento com o parceiro no momento da perda	Referida	Casados; morando juntos, separados; outros
Perdas anteriores	Referida	Sim; não
Opção "sim" para perdas anteriores		Aborto espontâneo; interrupção; interrupção médica, morte fetal, morte neonatal
Relacionamento com o parceiro após a perda	Referida	Casados; morando juntos; separados, outro.
Uso de medicamentos psiquiátricos e/ou neurológicos antes da gestação	Referida	Sim; Não
Acompanhamento psicológico anterior à gestação	Referida	Sim; Não
Tempo de acompanhamento psicológico anterior à gestação	Referida	Meses completos
Acompanhamento psicológico após a perda	Referida	Sim; Não
Tempo de acompanhamento psicológico	Referida	Meses completos

A Escala de Luto Perinatal (ELP) é um instrumento validado para o Brasil e indicado para a identificação do luto perinatal em mulheres que tiveram aborto, óbito fetal e neonatal (Paris GF, 2015). Originalmente, foi elaborada por Potvin e colaboradores (1988) a partir de uma adaptação da Escala de Luto Perinatal que possuía 84 itens. De acordo com os autores, a versão curta facilita o entendimento das questões e apresenta maior confiabilidade em comparação com a versão longa (Potvin, et al., 1988). Nesse estudo, será utilizada a ELP que é constituída por 33 itens, divididas em três subescalas adaptada e validada para o Brasil por Paris GF et al. (2017). É uma escala do tipo likert com cinco opções de resposta que variam de 1 a 5 pontos, correspondendo respectivamente, a “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “não concordo e nem discordo”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”.

Ao final, será realizada uma entrevista qualitativa semi-estruturada com apenas seis questões dirigidas ao tema foco do estudo. Por fim, será utilizada a versão *BriefCOPE* do Inventário de COPE de Carver et al. (1989), traduzida e validada para o português por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) e recentemente revisada por Maroco JC et al. (2014). O *BriefCOPE* possui 28 itens agrupados em 14 escalas com respostas do tipo Likert com 5 pontos (0-Nunca fiz isto; 1-Já fiz isto; 2-Faço isto algumas vezes; 3-Costumo fazer isto e 4-Faço sempre isto).

É importante destacar que a entrevista envolverá diferentes estratégias para a coleta de dados, contudo é breve e dinâmica, especialmente por intercalar momentos de escuta e momentos de aplicação de escalas. Está previsto um tempo máximo de 40 minutos. Diante do cenário da COVID-19, a entrevista acontecerá por meio remoto através de uma ligação de vídeo pelo WhatsApp. Para facilitar a aplicação das escalas likert serão oferecidas régua de aplicação, ou seja, serão apresentados pequenos cartazes com possíveis respostas que variam de 1 a 5 pontos.

5.4 Análise dos dados

Como a coleta de dados prevê diferentes estratégias estão previstas diferentes etapas de análise de dados. A seguir estão descritos os procedimentos de análise para cada um dos instrumentos que serão utilizados.

Os dados coletados no questionário serão submetidos a análise estatística descritiva. Já a análise da ELP seguirá as orientações de Paris GF et al. (2017). Para

estimar o cálculo total do luto serão consideradas as pontuações na escala Likert, contudo nas afirmações “É ótimo estar viva” e “sinto que me adaptei bem à perda” serão invertidas ordem da pontuação na escala. Cada subescala da ELP apresenta 11 afirmações, com um escore mínimo de 11 pontos e máximo de 55 pontos cada. A soma das três escalas varia de 33 a 165 pontos cada. Um somatório maior que 90 significa estado de luto (Davies et al., 2005, apud Paris GF, 2015).

Os dados obtidos na entrevista semi-estruturada serão transcritos e analisados na íntegra segundo o modelo de análise qualitativa de Minayo (2012). Este modelo segue 10 princípios: primeiramente devemos compreender e interpretar os termos da pesquisa através da experiência, vivência, senso comum e ação, seguido do segundo princípio em que o objetivo será definido e teorizado a partir de uma pergunta ou problema. O terceiro ponto será delinear as estratégias de campo, instrumentos utilizados nos roteiros ou observações de campo. O quarto passo será dirigir-se informalmente ao cenário de pesquisa, buscando observar os processos que nele ocorrem. Na quinta etapa o pesquisador vai a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las, neste passo ele entra na realidade na busca de informações previstas ou não no seu roteiro inicial. O sexto passo consiste em ordenar e organizar o material coletado, e no sétimo passo será feita a articulação entre o material recolhido no campo e a pesquisa teórica. A oitava fase consiste na interpretação e compreensão do material, através de uma leitura atenta e aprofundada, em seguida na nona etapa é produzido o texto que seja fiel aos achados do campo, contextualizado com as referências teóricas e acessível. Finalizando com última etapa que constitui assegurar os critérios de fidedignidade e validade do estudo.

Os dados obtidos no BriefCOPE seguirão as orientações para análise de Maroco JC et al. (2014) e ao final indicarão o tipo de coping predominante - auto-distração, coping ativo, negação, uso de substâncias, uso de apoio emocional, uso de apoio instrumental, humor, desinteresse comportamental, ventilação, reformulação positiva, planejamento, aceitação, religião e culpa.

Ao final está prevista a triangulação concomitante dos dados coletados visando a integração dos dados quantitativos e qualitativos e à determinação de convergências, diferenças e combinações (Creswell, 2010).

5.5- Aspectos éticos

O presente estudo parte do desfecho – natimorto - identificado a partir da resposta negativa para a pergunta “o seu filho nasceu vivo?” no banco de dados do estudo maior intitulado “Inquérito Perinatal em Rio Grande/RS”. Tal estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde da FURG sob o parecer nº 278/2018, processo 23116.010992/2018-19 e CAAE 03488918.40000.5324. A coleta de dados do Inquérito Perinatal aconteceu nas maternidades no período de 1/01/2019 até 31/12/2019. A partir das respostas indicadas no banco de dados, foram identificadas a ocorrência de 20 óbitos fetais registrados nas duas maternidades de Rio Grande (18 óbitos fetais ocorreram no Hospital Universitário da FURG e 2 na Santa Casa de Rio Grande), indicando o número total de amostra para o desfecho escolhido.

Como se trata de um estudo transversal retrospectivo, já se sabe que dentre as 20 respostas de mães que tiveram filhos natimortos, somente 15 delas preenchem os critérios de inclusão para a presente proposta (são mulheres com idade acima de 18 anos e que indicaram interesse em participar de novas etapas do Inquérito e de novos estudos, informando seu número telefônico para contatos futuros) e 5 respostas preenchem os critérios de exclusão, visto que 2 mães são menores de 18 anos e 3 mães não informaram seus dados para contatos futuros (número de telefone). Portanto, apenas 15 contatos telefônicos poderão ser feitos.

O estudo ocorrerá obedecendo os padrões da Resolução N° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados somente acontecerá após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FURG (CEP-FURG) e serão atendidos todos os critérios de sigilo, confidencialidade e privacidade. Devido ao atual cenário da pandemia da COVID 19, todos os contatos acontecerão via telefone. No primeiro contato, as mulheres serão apresentadas a proposta e convidadas para o presente estudo. Para aquelas que aceitarem participar, serão agendadas entrevistas que acontecerão de modo remoto/virtual, por telefone celular com chamadas de vídeo pelo aplicativo WhatsApp, com duração de aproximadamente 40 minutos. No segundo contato, a pesquisadora irá se identificar, explicar os objetivos do estudo, a confidencialidade e o sigilo das informações recebidas. Se houver aceitação, será lido o Termo de consentimento Livre e Esclarecido, gravado em áudio, o consentimento da participante e o conteúdo das entrevistas. Em todas as etapas, a mulher estará em seu domicílio,

assim como o entrevistador estará em seu próprio domicílio. Não haverá qualquer contato presencial, mas serão tomados todos os cuidados para preservar o sigilo, a confidencialidade e a privacidade.

A realização das entrevistas e questionários oferece mínimo risco aos participantes, podendo as mães se mobilizarem emocionalmente. Para isso, a pesquisadora que é psicóloga clínica, está treinada e oferecerá suporte necessário. Como benefícios os resultados do estudo poderão servir de base para a melhoria da atenção à saúde das mães de natimortos de Rio Grande. Ao final do estudo, será redigido um relatório breve e geral para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e haverá uma devolutiva ao coordenador da pesquisa “Inquérito Perinatal” com vistas a descrever as necessidades das mulheres que vivenciam um momento tão delicado em suas trajetórias como a perda de um filho. Será garantido às participantes a assistência integral e gratuita durante toda a pesquisa.

5.5.1. Critérios para a suspensão ou encerramento da pesquisa: A pesquisa será suspensa imediatamente caso seja identificado algum risco ou dano aos participantes, sendo tomadas as devidas providências. Em caso de suspensão a pesquisadora irá comunicar ao CEP/FURG e apresentar as justificativas que levaram ao encerramento das atividades. O estudo também poderá ser suspenso se solicitado pelo Comitê que o aprovou.

6- DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo serão divulgados através de reuniões com as equipes de saúde das maternidades de Rio Grande, da apresentação da dissertação e publicação em periódicos nacionais e/ou internacionais na forma de artigo científico.

7- ORÇAMENTO

Todas as despesas da pesquisa serão custeados pela pesquisadora.

Discriminação dos Valores:

Materiais	Quantidade	Valor
Notebook	1	R\$ 4.000,00

Impressora	1	R\$ 1.500,00
Cartucho	2	R\$300,00
Papel A4	1 resma	R\$25,00
Ligações telefônicas	30	R\$ 100,00
HD externo	1	R\$ 300,00
Total		R\$ 6.225,00

8 - MONITORAMENTO DE SEGURANÇA DE DADOS

Os dados coletados serão arquivados por cinco anos, em caixas lacradas, no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob a responsabilidade da Professora Dr^a Simone dos Santos Paludo, orientadora do projeto de dissertação. Após esse período o material será descartado conforme as orientações das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

8- CRONOGRAMA

Período	Ano 2019									Ano 2020												
Etapas	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisão de Literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do Projeto	■	■	■	■	■	■	■	■	■													
Qualificação do Mestrado									■													
Ajustes do Projeto										■	■	■	■	■	■	■	■					
Coleta de Dados																		■	■			
Análise de dados																		■	■	■		
Redação do Artigo																				■	■	■
Redação da Dissertação																				■	■	■
Defesa																						■

9- REFERÊNCIAS

Aho AL, Tarkka MT, Åstedt-Kurki P, Sorvari L, Kaunonen M. Evaluating a Bereavement Follow-Up Intervention for Grieving Fathers and Their Experiences of Support After the Death of a Child—A Pilot Study. *Death Studies* 2011; 35: 879–904.

Aguiar HC, Zonig S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos Clin* 2016; 21: 264-281.

Avelin P, Ingela R, Saflund K, Wredling R, Erlandsson K. Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery* 2013; 29:668-673.

Brasil. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2ª Edição. Brasília, 2009.

Brasil. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

Bond D, Raynes-Greenow C, Gordon A. Bereaved parents' experience of care and follow-up after stillbirth in Sydney hospitals. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2017: 1–7.

Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell A, Downe S, Cacciatore J, Siassakos D. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 16: 1-12.

Cacciatore J. The Unique Experiences of Women and Their Families After the Death of a Baby. *Social Work in Health Care* 2010; 49 :134–148.

Carvalho TS, Pellanda LC, Doyle P. Stillbirth prevalence in Brazil: an exploration of regional differences. *Jornal de Pediatria* 2018; 94: 200-206.

Carver C, Scheier M, Weintraub, J. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56:267-283.

Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

Erlandsson K, Warland J, Cacciatore J, Radestad I. Seeing and holding a still born baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth— Findings from an online questionnaire. *Midwifery* 2013; 29: 246-250.

Erlandsson K, Saflund K, Wredling R, Radestad I. Support After Stillbirth and Its Effect on Parental Grief Over Time. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 2011; 7: 139–152.

Froen JF, Cacciatore J, McLure EM, Kuti O, Jokhio AH, Islam M, Shiffman J. Stillbirths: why they matter. *Lancet* 2011; 377: 1353–66.

Froen JF, Lawn JE, Heazell AE, Flenady V, Bernis L, Kinney MV, Blencowe H, Leisher SH. Pelo fim da natimortalidade evitável. *Lancet* 2016; Sumário Executivo: 1-8.

Gopichandran V, Subramaniam S, Kalsingh MJ. Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India – a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18: 1-13.

Heazell AE, Leisher S, Cregan M, Flenady V, Froen JF, Gravensteen IK, Groot-Noordenbos M, Groot P, Hale S, Jennings B, Mcnamara K, Millard C, Jaap J. *ACTA Obstetrica et Gynecologica* 2013; 92: 352–361.

Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta Z, Cacciatore J, Dang N, Das J, Flenady V, Gold KJ, Mensah OK, Millum J, Nuzum D, O'Donoghue K, Redshaw M, Rizvi A,

Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Clinical Research* 2012; 14: 187-194.

Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta Z, Cacciatore J, Dang N, Das J, Flenady V, Gold KJ, Mensah OK, Millum J, Nuzum D, O'Donoghue K, Redshaw M, Rizvi A, Roberts T, Saeaki AET, Storey C, Wojcieszek A M, Downe S. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016: 1-13.

Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Plos One* 2015: 1-20.

Lazarus, R, Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping*, 1984. New York: Springer.

Lemos LF, Cunha AC. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2015; 35: 1120-1138.

Lima S, Fortim I. A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimortos. *Rev Latinoam Psicopat Fund* 2015; 18: 771-788.

Maroco J, Campos J, Bonafé F, Vinagre M, Pais-Ribeiro J. Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior. *Psic., Saúde & Doenças* 2014; 15:300-313.

Minayo, MC. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17: 621-626.

Navidian A, Saravani Z, Shakiba M. Impact of Psychological Grief Counseling on the Severity of Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers after Stillbirths. *Issues in Mental Health Nursing* 2017: 1-5.

Paris GF. *Luto Por Óbito Fetal: Estudo Comparativo Entre Mulheres Brasileiras E Canadenses*. Universidade Estadual de Maringá. Paraná, 2015.

Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2016; 50: 546-553.

Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Adaptação Transcultural e Evidências De Validação da *Perinatal Grief Scale*. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26: 1-10.

Peters M, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth* 2015; 28: 272–278.

Potvin L, Lasker J, Toedter L. Measuring Grief: A Short Version of The Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1989; 2.

Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14: 1-10.

Shakespeare C, Merriel A, Bakhbakhi D, Banaszova R, Barnard K, Lynch M, Storey C, Blencowe H, Boyle F, Flenady V, Gold K, Horey D, Mills T, Siassakos D. Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* 2018; 1-12.

Wilson PA, Boyle FM, Ware RS. Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement service. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2015; 55: 337–343.

10- ANEXOS

Anexo 1. Escala de Luto Perinatal (ELP)

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	Sinto-me depressiva	1	2	3	4	5
2	Sinto um vazio dentro de mim	1	2	3	4	5
3	Sinto necessidade de falar sobre o bebê	1	2	3	4	5
4	Estou de luto pelo bebê	1	2	3	4	5
5	Estou assustada	1	2	3	4	5
6	Sinto muita falta do bebê	1	2	3	4	5
7	É doloroso relembrar memórias da perda	1	2	3	4	5
8	Fico incomodada quando penso no bebê	1	2	3	4	5
9	Choro quando penso no bebê que perdi	1	2	3	4	5
10	O tempo passa muito devagar desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
11	Sinto-me muito só desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
12	Acho difícil me relacionar com certas pessoas	1	2	3	4	5
13	Não consigo dar conta das minhas atividades habituais	1	2	3	4	5
14	Tenho pensado em suicídio desde a perda	1	2	3	4	5
15	Sinto que me adaptei bem à perda	1	2	3	4	5
16	Já decepcionei outras pessoas desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
17	Irrito-me com amigos e parentes mais do que devia	1	2	3	4	5
18	Às vezes sinto que preciso de aconselhamento	1	2	3	4	5

	profissional para me ajudar a retornar à minha vida normal					
19	Parece que somente existo e não estou viva de verdade desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
20	Sinto-me um tanto afastada e distante, mesmo entre amigos	1	2	3	4	5
21	Tem sido difícil tomar decisões desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
22	É ótimo estar viva	1	2	3	4	5
23	Tomo remédios para os nervos	1	2	3	4	5
24	Sinto-me culpada quando penso no bebê	1	2	3	4	5
25	Sinto-me fisicamente doente quando penso no bebê	1	2	3	4	5
26	Sinto-me desprotegida num mundo perigoso desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
27	Tento rir, mas não acho graça de mais nada	1	2	3	4	5
28	A melhor parte de mim morreu junto com o bebê	1	2	3	4	5
29	Culpo-me pela morte do bebê	1	2	3	4	5
30	Sinto-me sem valor desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
31	É mais seguro não amar	1	2	3	4	5
32	Preocupo-me sobre como será o meu futuro	1	2	3	4	5
33	Ser uma mãe enlutada significa ser uma “cidadã de segunda classe”	1	2	3	4	5

Anexo 2. BriefCOPE

Inventário BriefCOPE adaptado da versão portuguesa de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004)

Itens	Fator/escala (e sua definição)
cp1. Concentro os meus esforços em alguma coisa que me permita enfrentar a situação	Coping ativo (CA): Ação destinada a limitar ou remover o(s) elemento(s) estressor.
cp2. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)	
cp3. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	Planejar (PL): Pensar na forma de limitar ou remover o estressor; planejar as ações de <i>coping</i> ativo.
cp4. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	
cp5. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	Suporte Instrumental (SI): Procurar ajuda ou apoio às decisões a tomar.
cp6. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	
cp7. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)	Suporte Emocional (SE): Conseguir suporte emocional ou simpatia
cp8. Procuo o conforto e compreensão de alguém	
cp9. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	Religião (RE): Participação em atividades de caráter religioso
cp10. Rezo ou medito	
cp11. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	Reinterpretação positiva (RP): Tirar partido dos acontecimentos encarando-os de modo favorável/positivo.
cp12. Procuo algo positivo em tudo o que está acontecendo	
cp13. Faço críticas a mim mesmo	Auto culpabilização (AC): Culpabilizar-se e autoresponsabilizar-se pelos acontecimentos
cp14. Culpo-me pelo que está acontecendo	
cp15. Tento aceitar as coisas tal como estão acontecendo	Aceitação (AT): Aceitar o elemento estressor como real
cp16. Tento aprender a viver com a situação	
cp17. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)	Expressão de Sentimentos (ES): Consciência do estresse emocional e expressão desse estresse sobre outros
cp18. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	
cp19. Tenho dito para mim mesmo(a): "isto não é verdade"	Negação (NG): Rejeição da realidade e da existência do elemento estressor
cp20. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	
cp21. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação	Auto distração (AD): Desinvestimento mental nos elementos com os quais o estressor está a interferir, através de sonhar acordado, dormir, ou auto distração.
cp22. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar ou ir às compras	
cp23. Desisto de me esforçar para obter o que quero	Desinvestimento comportamental (DC): Deixar de se esforçar ou desistir dos elementos/objetivos condicionados pelo estressor.
cp24. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo	
cp25. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	Abuso de Substancias (medicamentos /álcool) (AS): Usar álcool, drogas ou medicamentos para atenuar os efeitos dos estressores
cp26. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	
cp27. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	Humor (HU): Encarar o estressor de forma leve e com humor
cp28. Enfrento a situação com sentido de humor	

11- APÊNDICES

Apêndice 1. Questionário que contemplará características sociodemográficas e reprodutivas da mãe.

Data da entrevista: ____/____/____

- 1- Quantos anos a senhora tem? _____ anos
- 2- A senhora estudou até que série? _____ anos completos de estudo
- 3- Qual a sua religião: () Católica () Evangélica () Nenhuma () Outra
- 4- Qual a sua situação de emprego? () Tempo integral () Meio período
() Tempo parcial () Ocasional
() Estudante () Dona de casa () Outro
- 5- Quantos filhos a senhora teve? _____ número de filhos
- 6- A gravidez foi planejada? () Sim () Não
- 7- Qual a data da perda do bebê?
- 8- Qual a idade gestacional na perda do bebê? _____ número de semanas
- 9- Qual a sua idade no momento da perda? _____ anos
- 10- Qual a idade do seu companheiro no momento da perda? _____ anos
- 11- No momento da perda qual tipo de relacionamento você tinha com seu parceiro?
() Casados () Morando juntos () Separados () Outros
- 12- Além desta perda você já teve outras perdas? () Sim () Não
- 13- Se Sim para perdas anteriores: () Aborto espontâneo () Interrupção da gestação
() Interrupção médica da gestação
() Morte Fetal () Morte neonatal
- 14- Qual o tipo de relacionamento com o seu parceiro após a perda:
() Casados () Morando juntos () Separados () Outros
- 15- Fez uso de medicamentos psiquiátricos e/ou neurológicos antes da gestação?
() Sim () Não Se sim, quais?
- 16- Fez acompanhamento psicológico antes da gestação? () sim () não
- 17- - Se sim, por quanto tempo esteve em acompanhamento psicológico? _____ meses
- 18- A senhora buscou acompanhamento psicológico após a perda do seu bebê?
() Sim () Não
- 19- Se sim, por quanto tempo esteve em acompanhamento psicológico? _____ meses
- 20- O acompanhamento psicológico foi : () público () privado

Apêndice 2. Entrevista semiestruturada

- 1- Você pode me contar como ocorreu a perda de seu bebê?
- 2- Qual foi o seu contato com o bebê?
- 3- Você recebeu assistência da equipe de saúde?
- 4- Como foi a assistência recebida pela equipe de saúde?
- 5- Você realizou algum ritual de passagem pela morte do seu bebê? Algum ritual de despedida?
- 6- Algo mudou na sua vida com a perda do bebê? Se sim, o que mudou? Alguma mudança no seu relacionamento com companheiro, familiares e/ou amigos? Como isto te afetou?
- 7- Como você lidou e como está lidando com a perda do seu bebê?
- 8- Alguém te apoiou para lidar com o luto? Se sim, você pode me contar um pouco sobre quem te apoiou e como você avalia esse suporte?
- 9- O que você sente que mais lhe tem ajudado a lidar com a perda do seu bebê?
- 10- Com qual frequência e de que forma você dedica o seu tempo à prática religiosa?
- 11- Em alguma momento após a perda do bebê você percebeu que seu luto não foi reconhecido pelas pessoas (amigos, familiares, outros) ?

Apêndice 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Gabriella Friaça de Oliveira, sou aluna do curso de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, e estou realizando a pesquisa intitulada “Mães de natimortos: luto, impacto psicossocial e enfrentamento”, sob a orientação da professora Dra. Simone dos Santos Paludo. Estou entrando em contato para convidá-la para participar do meu estudo que tem como objetivo analisar o estado de luto, impacto psicossocial e as estratégias de enfrentamento das mulheres que tiveram bebês natimortos na cidade de Rio Grande, RS, no ano de 2019. Você viveu um momento bastante difícil ano passado com a perda do seu bebê e gostaríamos de conversar um pouco sobre a sua história, sua gestação, sua perda e como o seu processo de enfrentamento e superação, para isso vamos precisar de pelo menos 40 minutos. Caso a senhora aceite participar e ofereça o seu consentimento, vamos agendar um novo dia e horário para a realização de uma entrevista por vídeo no aplicativo WhatsApp. O áudio será gravado para que nenhum detalhe importante seja perdido. Os dados coletados serão utilizados somente nessa pesquisa. Esse procedimento foi escolhido em decorrência dos cuidados de biossegurança da COVID-19.

A realização da entrevista oferece mínimo risco para a senhora, mas talvez possa causar algum desconforto ou constrangimento, já que vamos conversar sobre um tema que pode tão delicado. Frente a estes riscos me comprometo em garantir para você a assistência integral e gratuita. É importante informar que a sua participação é livre de despesas pessoais e compensação financeira, se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. A sua identidade será sempre mantida em de sigilo durante todas as etapas do estudo. Como benefícios, esperamos que os resultados do estudo venham a servir de base para melhoria da atenção à saúde das mães de natimortos de Rio Grande, RS.

Você tem o direito de se manter informada sobre os resultados finais e parciais, aos quais serão publicados em eventos e periódicos científicos. É importante ainda informar que você pode desistir ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para você, para tanto entre em contato comigo (email: gabriellafriaca@gmail.com; telefone: (53) 98130 9427) ou ainda pelo CEP/FURG (endereço: 2º andar do prédio das pró reitorias, av. Itália, KM 8, bairro Carreiros, Rio

Grande, RS; email: cep@furg.br, telefone: (53) 3237 3011). O CEP/FURG é um comitê de análise e aprovação ética de todas as pesquisas envolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade e dignidade. Vou mandar para você uma cópia desse documento e outra cópia ficará comigo.

Você aceita participar?

Eu, _____, aceito participar desta pesquisa que se chama “Mães de natimortos: luto, impacto psicossocial e enfrentamento”. Entendi que posso dizer sim e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer não e desistir e que não haverá qualquer prejuízo para mim. Tirei todas as minhas dúvidas, mas sei que se precisar, eu posso perguntar o que quiser.

OBS: Será feita a leitura do TCLE e o consentimento será gravado em áudio. Uma cópia desse documento será enviada a participante que consentir participar da pesquisa.

Rio grande, _____ de _____ de 2020.

Universidade Federal do Rio Grande. Faculdade de Medicina. Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública. Rua Visconde de Paranaguá, 102, Centro, Rio Grande, RS. Telefone : (53) 3237-4641

2. Relatório de campo

Relatório de campo

O presente estudo foi planejado a partir do banco de dados de uma pesquisa mais ampla intitulada Inquérito Perinatal em Rio Grande/RS, projeto já aprovado pelos comitês de ética da universidade (parecer nº 278/2018) que coletou dados de todas as mães que tiveram bebês nos dois hospitais da cidade de Rio Grande (Hospital Universitário da FURG e Santa Casa) no ano de 2019 até a data de 31/12/2019, quando finalizou a coleta. O Inquérito Perinatal em Rio Grande/RS está sob a coordenação de docentes do PPG em Saúde Pública, programa o qual integro. Para que o estudo aqui apresentado pudesse ser executado, a mestrande e sua orientadora, solicitaram ao coordenador do Estudo Perinatal 2019 o número de respostas para a pergunta “o seu filho nasceu vivo?”. Foram identificadas 20 respostas negativas, ou seja, 20 mulheres disseram “não” a pergunta feita no Inquérito. Dessa forma, foi possível identificar que no ano de 2019 ocorreram no total 20 óbitos fetais registrados nas maternidades de Rio Grande (sendo 18 óbitos fetais no Hospital Universitário da FURG e 2 na Santa Casa). Dentre as 20 respostas de mães que tiveram filhos natimortos, 15 delas preencheram os critérios de inclusão para a presente proposta (eram mulheres com idade acima de 18 anos e que indicaram interesse em participar de novas etapas do Inquérito e de novos estudos, informando seu número telefônico para contatos futuros) e 5 respostas preencheram os critérios de exclusão, visto que 2 mães eram menores de 18 anos e 3 mães não informaram seus dados para contatos futuros (número de telefone). Como se tratava de uma nova proposta de estudo e não apenas um adendo no Inquérito Perinatal, decidimos por submeter o projeto para apreciação do CEP-FURG após a aprovação no exame de qualificação e após a aprovação dos ajustes no projeto original no colegiado do PPG de Saúde Pública em função da COVID-19. Em 31/07/2020, o estudo foi aprovado no comitê de ética CEP-FURG, sob o parecer número 4.184.542.

Após a aprovação no comitê de ética CEP-FURG e de posse do número de contato telefônico indicado no banco, nos meses de agosto e setembro de 2020 foram feitas tentativas de contato com as 15 mulheres que tiveram filhos natimortos. Destas tentativas, os números telefônicos de sete (7) mães foram identificados como inexistentes. Conseguimos então, entrar em contato com oito (8) mães. Dentre estas 8 mães contatadas, uma (1) se recusou já no primeiro contato a participar do estudo, três

(3) aceitaram participar do estudo no primeiro contato telefônico, mas nos dias agendados para a entrevista acabaram por recusar a participação (duas delas não atenderam mais o nossa tentativa de contato telefônico e uma respondeu que naquele momento estava muito triste e não se sentia confortável para conversar). Ao todo foram feitas três (3) tentativas de contato com cada uma destas mães que no primeiro contato haviam aceitado participar do estudo, mas que depois declinaram. Como as mães têm o direito de retirar seu consentimento, não houve qualquer prejuízo para as mães.

Aceitaram participar da pesquisa o total de 4 mães. Desta forma, tivemos 7 perdas, 4 recusas e 4 aceites em participar do estudo. As recusas precisam ser consideradas como desafio de investigar um tema tão sensível pela modalidade imposta pela pandemia, já que a coleta de dados aconteceu em pleno distanciamento social. Além disso, a mãe que referiu sentir demasiada tristeza para abordar o tema pode sinalizar ainda estar em sofrimento. Embora não possa afirmar nada com relação a esse tópico é preciso considerar que a recusa ou a não aceitação do contato e da entrevista possa estar relacionada ao luto, ao desejo de não compartilhar o que está sendo vivenciado e o desejo de silenciar um tema difícil.

No projeto de pesquisa apresentado e aprovado no exame de qualificação do PPG de Saúde Pública, estava previsto que as mulheres seriam contatadas por telefone e convidadas para a pesquisa e, caso autorizassem, a entrevista sobre o tema seria realizada pessoalmente no seu próprio domicílio. Contudo, diante da pandemia da COVID-19, um novo desenho foi proposto.

O primeiro contato com as mães foi feito por telefone, quando foram convidadas a participar da pesquisa. Após, foi agendada uma entrevista remota com cada uma das quatro (4) mães que aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas foram feitas pelo aplicativo whatsapp. No segundo contato, agendado previamente, foi feita a leitura do TCLE e a posterior gravação do áudio do aceite ou não. Após a autorização, a entrevista de cada mãe teve início com gravação do áudio para posterior transcrição. Em todas as etapas, a mãe esteve em seu domicílio, assim como o entrevistador esteve em seu próprio domicílio. Não houve qualquer contato presencial e foram tomados todos os cuidados para preservar o sigilo, a confidencialidade e a privacidade.

As entrevistas envolveram diferentes estratégias para a coleta de dados, sendo breve e dinâmica, intercalando momentos de escuta e momentos de aplicação de

escalas. Todas as entrevistas seguiram o mesmo protocolo de aplicação. Para facilitar a aplicação das escalas likert foram oferecidas réguas de aplicação, ou seja, foram apresentados pequenos cartazes com possíveis respostas que variavam de 1 a 5 pontos. A duração das entrevistas variou entre 35 minutos a 1 hora e 30 minutos. Após a realização das entrevistas, os áudios foram ouvidos e feita a transcrição de todo o material coletado para posterior análise.

Após o encerramento das entrevistas as mães não foram mais contatadas. Com o comprometimento de garantir assistência integral e gratuita, ao final da entrevista foram indicados serviços de atendimento psicológico existentes no município para as mães que se sentiram desconfortáveis ao participar do estudo.

3. Normas da revista

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – LINK 4);

1.6 – Questões Metodológicas (LINK 5): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos

dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (LINK 1) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat) ou ODT (Open DocumentText). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open DocumentSpreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (TaggedImage File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (RichTextFormat), ODT (Open DocumentText), WMF (Windows MetaFile), EPS (EncapsuledPostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”.

Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.

4. Artigo

Mães de natimortos: luto, impacto psicossocial e enfrentamento

Gabriella Friaça de Oliveira¹, Simone dos Santos Paludo¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande – FURG

Autor correspondente: Gabriella Friaça de Oliveira, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. R. Visc. de Paranaguá, 102 - Centro, Rio Grande - RS, 96200-190.
Email: gabriellafriaca@gmail.com

Resumo

O objetivo foi analisar o estado de luto das mães de bebês natimortos, o impacto psicossocial e as estratégias de enfrentamento delas após o óbito fetal. Foi realizado um estudo de método misto de caráter transversal retrospectivo, descritivo e exploratório a partir do banco de dados do “Inquérito Perinatal” em Rio Grande/RS. A coleta de dados quantitativos e qualitativos aconteceu de forma concomitante, privilegiando o delineamento qualitativo. Estavam elegíveis 15 mães de natimortos e 4 aceitaram participar. Todos os dados foram coletados de forma remota devido a pandemia da COVID-19. Três mães apresentaram luto complicado identificado na aplicação da Escala de Luto Perinatal. Quatro temas emergiram na análise temática das entrevistas: (a) descoberta da perda; (b) atendimento; (c) impacto psicossocial e (d) estratégias de enfrentamento. Culpa, ansiedade, depressão e luto não legitimados são danos observados nas mães após o natimorto. Os tipos de *coping* predominantes nas mães a partir *BriefCOPE* foram religião, reinterpretação positiva, auto culpa, aceitação, coping ativo, suporte emocional, auto distração, expressão de sentimento, planejamento e suporte instrumental. É possível concluir que o natimorto tem impacto negativo sobre as mães. O atendimento revela a inexistência de um protocolo e sugere que o apoio está condicionado a sensibilidade da equipe. O despreparo para noticiar o natimorto e conduzir o atendimento pós perda pode prejudicar a construção de estratégias de enfrentamento. Conhecer a extensão dos danos causados por um natimorto pode contribuir para políticas de saúde pública e protocolos de atendimento para as mães que perderam seus bebês.

Palavras chaves: luto materno, natimorto, impacto, enfrentamento

Abstract

The objective was to analyse the grieving status of mothers of stillborn babies, their psychosocial impact and their coping strategies after fetal death. A retrospective, descriptive and exploratory cross-sectional study was carried out using the database of the “Perinatal Survey” in Rio Grande / RS. The collection of quantitative and qualitative data happened concurrently, privileging the qualitative design. Fifteen stillborn mothers were eligible and four agreed to participate. All data were collected remotely due to the COVID-19 pandemic. Three mothers had complicated mourning identified in the application of the Perinatal Mourning Scale. Four themes emerged in the thematic analysis of the interviews: (a) discovering the loss; (b) service; (c) psychosocial impact

and (d) coping strategies. Guilt, anxiety, depression and grief not legitimate are damages seen in mothers after stillbirth. The types of coping prevalent in mothers from BriefCOPE were religion, positive reinterpretation, self-guilt, acceptance, active coping, emotional support, self-distraction, expression of feeling, planning and instrumental support. It is possible to conclude that stillbirth has a negative impact on mothers. The service reveals the lack of a protocol and suggests that support is conditioned to the team's sensitivity. Unpreparedness to report the stillbirth and conduct post-loss care can hinder the construction of coping strategies. Knowing the extent of damage caused by stillbirth can contribute to public health policies and care protocols for mothers who have lost their babies.

Keywords: maternal grief, stillbirth, impact, coping

Resumen

El objetivo fue analizar el estado de duelo de las madres de bebés nacidos muertos, su impacto psicosocial y sus estrategias de afrontamiento después de la muerte fetal. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y exploratorio transversal utilizando la base de datos de la “Encuesta Perinatal” en Rio Grande / RS. La recolección de datos cuantitativos y cualitativos ocurrió de manera concurrente, privilegiando el diseño cualitativo. Quince madres que nacieron muertas fueron elegibles y cuatro aceptaron participar. Todos los datos se recopilaron de forma remota debido a la pandemia de COVID-19. Tres madres tenían un duelo complicado identificado en la aplicación de la Escala de duelo perinatal. En el análisis temático de las entrevistas surgieron cuatro temas: (a) descubrir la pérdida; (b) servicio; (c) impacto psicosocial y (d) estrategias de afrontamiento. La culpa incondicional, la ansiedad, la depresión y el dolor son daños que se observan en las madres después de la muerte fetal. Los tipos de afrontamiento prevalentes en las madres de BriefCOPE fueron religión, reinterpretación positiva, auto-culpa, aceptación, afrontamiento activo, apoyo emocional, autodistracción, expresión de sentimientos, planificación y apoyo instrumental. Es posible concluir que la muerte fetal tiene un impacto negativo en las madres. El servicio revela la falta de protocolo y sugiere que el apoyo está condicionado a la sensibilidad del equipo. La falta de preparación para informar la muerte fetal y la atención médica posterior a la pérdida puede obstaculizar la elaboración de estrategias de afrontamiento. Conocer el alcance del daño causado por la muerte fetal puede contribuir a las políticas de salud pública y a los protocolos de atención para las madres que han perdido a sus bebés.

Palabras clave: duelo materno, muerte fetal, impacto, afrontamiento

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), natimorto ou óbito fetal é aquele ocorrido antes do nascimento, de forma prévia à expulsão ou da sua extração completa do corpo da mãe⁽¹⁾. A ausência de sinais vitais, como falta de respiração, batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária são indicativos do óbito⁽²⁾.

No Brasil, os dados relativos aos óbitos fetais podem ser acompanhados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). No SIM, o óbito fetal foi considerado como a perda do feto a partir da 20ª a 22ª semana de gravidez ou com peso igual ou superior a 500 gramas⁽³⁾. Carvalho et al. (2018)⁽⁴⁾ identificaram que a prevalência de natimortos no Brasil foi de 14,82 a cada 1000 nascimentos e constataram também uma grande variabilidade entre as regiões do país. Em comparação com as regiões Norte e Nordeste, a região sul apresenta as menores taxas de mortalidade fetal sendo 9,2 por mil nascimentos no ano de 2006⁽²⁾.

A subnotificação de óbitos fetais é um problema a ser enfrentado⁽²⁾. Embora se conheça a prevalência de natimortos no Brasil, a captação dos dados não alcança níveis adequados⁽¹⁾. As variáveis do óbito fetal apontam para mães mais jovens com menor escolaridade nos municípios de menor porte e mães mais velhas com maior escolaridade nos municípios com 500 mil ou mais habitantes⁽¹⁾. Com relação à duração da gestação, 27,8% dos óbitos fetais no país foram oriundos de gestações a termo (37 semanas ou mais), sendo esta proporção mais elevada nos municípios de menor porte e nas regiões Norte e Nordeste⁽¹⁾. A distribuição dos óbitos fetais por tipo de parto revelou que 70,7% nasceram de parto vaginal⁽¹⁾.

Aproximadamente 2,6 milhões de natimortos ocorrem em todo o mundo a cada ano e, mesmo diante desse cenário, a morte fetal não é reconhecida como um problema de saúde pública⁽⁵⁾. Ter um bebê natimorto pode ser um evento de vida devastador para as mulheres e seus parceiros. No entanto, a extensão exata do impacto mais amplo sobre as famílias, a sociedade, o governo e os serviços de saúde ainda é desconhecida e provavelmente subestimada⁽⁶⁾. Em muitos contextos, cuidados de saúde seguros e eficazes são consistentemente fornecidos a mulheres grávidas e seus bebês. Mas, quando se tem um bebê natimorto, muitas vezes a sociedade diminui o valor desta perda e, implicitamente, diminui a dignidade da mãe enlutada⁽⁷⁾.

A perda de um bebê natimorto implica uma alta carga psicossocial e econômica para as famílias e países⁽⁸⁾. Segundo Heazell et al. (2016)⁽⁵⁾, os pais podem ter consequências psicológicas negativas que perduram por vários anos após a perda do bebê, além de terem a sua renda reduzida devido ao tempo de licença de trabalho, redução da jornada de trabalho ou à redução da produtividade. Os profissionais de saúde também podem ser afetados, experimentando sensações de culpa, raiva, tristeza, ansiedade e medo de denúncias e ações disciplinares⁽⁸⁾.

O impacto do natimorto pode durar muitos anos e os prestadores de cuidados da maternidade devem estar cientes de algumas necessidades dos pais, como, sensibilidade, empatia e validação emocional. A morte fetal, apesar de ser um problema biomédico, é um fenômeno psicossocial significativo que tem potencial para mudar a vida de uma família. Gopichandran et al. (2018)⁽⁹⁾ enfatizam que é necessário que os sistemas de saúde sejam sensíveis às necessidades destas mulheres e deem atenção aos aspectos psicossociais e culturais envolvidos nesta perda.

Os natimortos não podem continuar invisíveis. A lacuna de pesquisas na compreensão e melhorias das condições das mulheres afetadas pelo natimorto leva ao dano continuado das mulheres em todo o mundo⁽⁷⁾. Percebe-se assim uma necessidade de voltar o olhar para estas mães enlutadas. Este estudo buscou analisar o estado de luto das mães de bebês natimortos, bem como o impacto psicossocial e as estratégias de enfrentamento delas após o óbito fetal. Desta forma, o presente trabalho poderá contribuir com a área da saúde pública para que sejam implementados novos programas de atendimento e acompanhamento do luto destas mães que perderam seus bebês.

Métodos

Estudo de método misto de caráter transversal retrospectivo, descritivo e exploratório do estado de luto e das estratégias de enfrentamento das mães de natimortos. Nesse estudo, a coleta de dados quantitativos e qualitativos aconteceu de forma concomitante, contudo foi privilegiado o delineamento qualitativo⁽¹⁰⁾.

Este estudo foi planejado de forma retrospectiva a partir do banco de dados do “Inquérito Perinatal em Rio Grande/RS” que têm por objetivo avaliar a cada três anos a assistência à gestação e ao parto no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram coletados dados de todas as mães que tiveram bebês nos hospitais da cidade de

Rio Grande desde 01/01/2019 até a data de 31/12/2019. Para a composição da amostra foram identificadas as respostas negativas dadas para a pergunta “o seu filho nasceu vivo?”. Ao total foram 20 respostas “não” a pergunta feita no Inquérito, ou seja, no ano de 2019 ocorreram no total 20 óbitos fetais registrados nas maternidades de Rio Grande (sendo 18 óbitos fetais no Hospital Universitário da FURG e 2 na Santa Casa). Dentre as 20 respostas de mães que tiveram filhos natimortos, 15 delas preenchem os critérios de inclusão para a presente proposta (mulheres com idade acima de 18 anos e que indicaram interesse em participar de novas etapas do Inquérito e de novos estudos, informando seu número telefônico para contatos futuros) e 5 respostas não preenchem os critérios de inclusão, visto que 2 mães são menores de 18 anos e 3 mães não informaram seus dados para contatos futuros (número de telefone) e, por esses motivos, foram excluídas da amostra. Em 31/07/2020, o estudo foi aprovado no comitê de ética CEP-FURG, sob o parecer número 4.184.542. Após a aprovação no comitê de ética CEP-FURG e de posse do número de contato telefônico indicado no banco, nos meses de agosto e setembro de 2020 foram feitas tentativas de contato com as 15 mulheres que tiveram filhos natimortos.

Diante da pandemia da COVID-19 todos os contatos aconteceram de forma remota. O primeiro contato por telefone teve como objetivo convidar a mãe e agendar a entrevista, quando lido, aceito, assinado e enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destas as tentativas, os números telefônicos de 7 mães deram inexistentes. Foram alcançadas 8 mães. Dentre estas 8 mães, 1 se recusou já no primeiro contato a participar do estudo, 3 aceitaram participar do estudo no primeiro contato telefônico, mas após as outras tentativas se recusaram (duas não atenderam mais a tentativa de contato telefônico e uma respondeu que naquele momento estava muito triste e não se sentia confortável para conversar). Ao todo foram feitas 3 tentativas de contato com cada uma destas 3 mães que no primeiro contato haviam aceitado participar do estudo, mas depois recusaram. Aceitaram participar da pesquisa um total de 4 mães. Ao final, foram contabilizadas 7 perdas, 4 recusas e 4 aceites em participar do estudo.

Uma entrevista remota, por meio do app WhatsApp, foi agendada com aquelas mães que aceitaram participar do estudo. A primeira etapa da entrevista consistiu na aplicação de um questionário, baseado no modelo de Paris⁽³⁾, que buscava identificar as características sociodemográficas e reprodutivas da mãe e na aplicação da Escala de Luto Perinatal (ELP), indicada para a identificação do luto perinatal em mulheres que tiveram aborto, óbito fetal e neonatal⁽³⁾. A ELP é constituída por 33 itens, divididas em três subescalas adaptada e validada para o Brasil por Paris et al⁽¹¹⁾. É uma escala do tipo likert com cinco

opções de resposta que variam de 1 a 5 pontos, correspondendo respectivamente, a “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “não concordo e nem discordo”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”.

A segunda parte consistiu na entrevista qualitativa semiestruturada com dez questões relacionadas à perda do bebê, impacto psicossocial e enfrentamento. E a terceira parte envolveu a aplicação da versão *BriefCOPE* do Inventário de COPE de Carver et al. (1989)⁽¹²⁾ revisada por Maroco et al. (2014)⁽¹³⁾.

As entrevistas duraram em média 40 minutos e todas foram gravadas e transcritas na íntegra a fim de garantir a confiabilidade dos dados. Como foram utilizadas diferentes técnicas de coleta, os dados obtidos foram submetidos a diferentes técnicas de análise. A análise da ELP seguiu as orientações de Paris et al. (2017)⁽¹¹⁾, que sugere estimar o cálculo total do luto, sendo que um somatório maior que 90 significa estado de luto complicado. Os dados resultantes da entrevista em profundidade compuseram um *corpus* que foi submetido a análise temática e, após a leitura exaustiva, códigos foram gerados e um mapa temático foi desenvolvido. Já os dados obtidos no *BriefCOPE* foram analisados conforme as orientações de Maroco e colaboradores (2014)⁽¹³⁾ e, ao final, indicaram o tipo de *coping* predominante das participantes do estudo. A triangulação dos dados coletados ocorreu durante a interpretação e análise dos resultados buscando compreender as convergências, combinações e diferenças entre os achados das escalas e do mapa temático.

Resultados e Discussão

Na Tabela 1 estão apresentados os dados sociodemográficos e reprodutivos, a indicação da presença de luto complicado de acordo com os resultados da Escala de Luto Perinatal e estilos predominantes de *coping* a partir do inventário *BriefCope* das mães que participaram do estudo.

Das quatro mães entrevistadas, três apresentaram um estado de luto complicado, que é caracterizado por sintomas de tristeza que permanecem de forma disfuncional e que podem, muitas vezes, gerar incapacidade para lidar com a realidade⁽³⁾. É esperado que exista um processo natural do luto na ocorrência de um natimorto, onde os sintomas de tristeza e choro gradualmente se extinguem e a pessoa perdida passa a ser apenas uma lembrança e a vida afetiva recupera o seu curso, no entanto, quando ocorre um estado de luto complicado, os sintomas de tristeza permanecem de uma forma disfuncional,

deixando o indivíduo incapacitado⁽³⁾. Se a morte ocorreu de forma violenta, repentina ou traumática, os sintomas podem ser mais perturbadores ou de longa duração do que em uma resposta normal à dor⁽¹⁴⁾.

A experiência de luto após a perda do bebê foi explorada na entrevista semiestruturada. Os relatos das mães foram categorizados e um mapa temático com quatro temas principais foi desenvolvido: (a) descoberta da perda do bebê; (b) atendimento diante à perda do bebê; c) impacto psicossocial nas mães após o natimorto e (d) estratégias de enfrentamento das mães de natimortos (Figura 1).

Descoberta da perda do bebê

A perda de um bebê é um momento totalmente inesperado. Nenhuma das mães vivenciava uma gestação de risco, portanto, a notícia foi surpreendente para todas. A chegada dessa informação aconteceu de forma singular para cada mãe. Em uma consulta de rotina, após a indicação da ausência de sinais vitais, *“...Aí cheguei no hospital com a papelada toda(...) aí que minha ficha foi cair mesmo quando tudo isto aconteceu...”* (MÃE 2) ou em contato com o seu próprio corpo *“.... percebi que meu bebê não se mexia, eu não achava que era alguma coisa né (...) porque a gente não espera perder o bebê...”* (MÃE 3). Em situação semelhante, a bolsa de uma mãe rompeu com 34 semanas e ela acreditava que o bebê iria nascer prematuro, mas vivo: *“... A princípio ali eu achei que o bebê estava com vida né... a gente não espera passar por este tipo de coisa(...) foi uma coisa que me pegou totalmente de surpresa”* (MÃE 4). A experiência inesperada foi comum a todas as mães entrevistadas. Em um estudo no sul da Índia⁽⁹⁾, as mães também relataram ter um natimorto como uma experiência muito súbita, inesperada, confusa e frustrante.

Quando o paciente não está preparado para receber uma informação e é comunicado sobre um diagnóstico de forma abrupta ou prematura, é muito comum que ocorra a negação⁽¹⁵⁾. O processo de negação sobre a perda do bebê pode ser identificado em duas mães: *“A gente não queria acreditar, entendeu? Vai que no hospital a gente chegue e eles falam outra coisa. A perda do bebê me afetou muito... tinha esperança de que tivesse na barriga... que tinha sido um pesadelo...”* (MÃE 2). Pensamentos semelhantes foram identificados em outra mãe: *“Eu não acreditava ainda que ele poderia estar morto, eu acreditava que ele poderia estar vivo (...) e ao mesmo tempo eu olhava*

para a barriga e pensava se ele não ia se mexer a qualquer momento...” (MÃE 3). As pessoas reagem à perda através de quatro fases, a primeira fase é a do entorpecimento, que geralmente dura de algumas horas a uma semana e pode ser interrompida por explosões de aflição e/ou raiva intensas⁽¹⁶⁾. A negação é uma forma saudável de lidar com uma situação dolorosa, pois atua como um protetor depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo⁽¹⁵⁾.

Situações desse tipo podem causar uma série de reações. Ao se deparar com o inesperado, as mães revelaram momentos de sofrimento misturados a sentimentos intensos de medo e preocupação inclusive com a sua própria vida. *“...a médica ainda me perguntou se eu queria ir pra casa, pra ter a perda em casa, ou se eu queria no hospital.. e eu com medo.. falei não, eu fico no hospital internada”* (MÃE 2). A falta de orientação e de informação sobre os procedimentos técnicos parece contribuir com a ansiedade e o medo *“disseram que precisavam do laudo de um técnico em ultrassonografia, para tirar o bebê. Foram passando as horas... Eu pedi para meu marido falar com a equipe de enfermagem, o que vão fazer?...porque eu estou preocupada, qual o processo de infecção, porque a gente não sabe, eu estou há dias com ele dentro de mim, se eu posso estar correndo risco de vida?... estava apavorada, neste momento eu pensava assim, eu morro e deixo as duas que tenho para criar, só passava isto na minha cabeça”* (MÃE 3).

A perda de um bebê durante a gravidez é uma experiência muito difícil e específica, que causa dor intensa e sofrimento aos pais⁽¹⁷⁾ e, por vezes, se materializa no contato com o natimorto, *“(...) aí me colocaram ele no meu braço, mas assim, eu não esbocei nenhum sentimento, eu fiquei parada, olhando para ele...”* (MÃE 3). Para algumas mães a experiência de ver seu bebê foi associado com sentimentos de incredulidade e dissociação, uma vez que não conseguiam entrar em contato com o que tinha acontecido⁽¹⁷⁾. É possível que a forma como o contato com o bebê é oferecida pela equipe de saúde possa aumentar o risco de dissociação ocorrer. Assim, a preparação do contato com o bebê, o apoio profissional durante o contato e acompanhamento profissional são cruciais para evitar o desenvolvimento de problemas de saúde mental⁽¹⁸⁾. O natimorto interrompe um projeto de vida, com seus respectivos sonhos e expectativas⁽¹⁸⁾ e repercute sobre todo o grupo familiar, caracterizando mais um momento de apreensão vivido pelas mães, especialmente para aquelas que já possuem outros filhos *“...como eu ia contar para as minhas filhas que tanto esperavam ele(...) me deixou extremamente preocupada, o que ia falar para elas?”* (MÃE 3).

Atendimento diante à perda

Os relatos sobre o atendimento diante à perda são heterogêneos e revelam a inexistência de um protocolo padrão, fazendo com que o apoio prestado esteja condicionado a sensibilidade dos profissionais disponíveis no momento. É possível constatar uma comunicação pobre e uma dificuldade nas habilidades sociais da equipe para noticiar o natimorto: *“O pessoal começou a querer escutar o coraçãozinho do neném, só que não acharam mais batimentos cardíacos. Nós ficamos esperando, só que eles não nos falavam nada, a gente perguntava o que estava acontecendo e eles não contavam nada, só ficavam cochichando.”* (MÃE 1). O silêncio da equipe também é comum nos relatos *“(...)eu olhava elas assim, e elas um silêncio... e elas não disseram absolutamente nada, não digo que foi uma frieza entendeu, assim, elas quiseram se esquivar do que falar alguma coisa que pudesse me deixar nervosa.”* (MÃE 3). Esses dados corroboram com a hipótese de que as mães não receberam uma assistência adequada na ocorrência da perda dos bebês e se assemelham aos achados relacionados a manifestação de insatisfação com a qualidade dos cuidados recebidos, incluindo negligência, insensibilidade e má comunicação entre os profissionais de saúde⁽¹⁹⁾.

O despreparo profissional também foi observado no momento anterior a chegada no hospital quando uma das mães relata atendimento em consultório privado *“(...) eu vendo que ele não estava ouvindo os batimentos(...) ele ficou em cima de mim ali, tentando ouvir, uns 10 minutos (...) Aí a única coisa que disse... acho que deu zebra”* (MÃE 3). A comunicação neste momento crítico, especialmente a forma como o diagnóstico de morte fetal é transmitido, é um fator que pode ter um impacto na experiência dos pais e no seu bem-estar psicológico⁽²⁰⁾. Os pais que vivenciam a morte fetal podem estar emocionalmente frágeis e necessitar de empatia e apoio dos profissionais de saúde a partir do momento em que eles suspeitam que algo pode estar errado com a gravidez e até muitos anos depois do ocorrido⁽²⁰⁾. O descontentamento com a falta de acompanhamento psicológico após a perda foi também ressaltado por uma das mães: *“Eu achei estranho não me ligarem do hospital (...) de dar algum acompanhamento para as mães (...) eu acho assim, que é fundamental que a mãe esteja acompanhada mesmo.”* (MÃE 3).

Duas mães tiveram experiências positivas com o atendimento da equipe de saúde *“... as enfermeiras que me atenderam do início ao fim ali no quarto, com todo carinho e atenção.”* (MÃE 2) e até com a equipe de apoio hospitalar, mostrando satisfação e acolhimento *“Dentro do hospital eu tive um atendimento muito bom, eu não tive do que*

reclamar tanto das enfermeiras, até das faxineiras, todas foram muito educadas, compreensivas.” (MÃE 4). A prestação de cuidados pelos profissionais de saúde de forma sensível, leal e compreensível pode diminuir o sofrimento psicológico dos pais que passam pela experiência de ter um natimorto⁽²⁰⁾. Considerando que o primeiro momento da perda é vivenciado dentro da instituição hospitalar, a interação entre profissionais de saúde e pais enlutados desempenha um papel importante na capacidade das famílias no enfrentamento dessa experiência⁽²¹⁾. No entanto, a prestação de apoio ao luto não é algo simples que os profissionais podem apenas fazer de acordo com a sua sensibilidade. A literatura destaca que para fornecer cuidado emocional e psicológico a equipe precisa ser treinada⁽²¹⁾ e educada sobre a experiência do natimorto para prover um cuidado sensível e compassivo para as mães enlutadas⁽²²⁾. A intervenção e acompanhamento profissional pode reduzir as reações de luto dos pais e aumentar o seu enfrentamento após a morte de uma criança⁽²³⁾.

O contato com o natimorto é uma prática de atendimento que vem sofrendo alterações. Era comum remover o bebê natimorto logo após o parto⁽¹⁴⁾, mas esta política foi atualizada nos últimos anos, com a suposição de que ver e segurar o bebê natimorto ajuda o processo de luto das mães. No entanto, os resultados não são consistentes e estudos estão sendo realizados para verificar o efeito desta prática^(16,24,25). Nesse estudo, das quatro mães, uma manifestou interesse em ver e segurar o bebê após a equipe de saúde oferecer este contato: “(...) *ai uma das enfermeiras me perguntou se eu queria ver ele após o nascimento, a única coisa que pensei (...) é obvio que eu quero ver.*” (MÃE 3). Outra mãe optou apenas por ver o bebê, não quis segurá-lo: “(...) *eu optei por ver o bebê, eu vi o bebê e tudo mais, só que eu não quis segurar.*” (MÃE 4). Uma das mães lembrou com tristeza: “*Quando ela nasceu, o rapaz que estava junto não deixou eu ver o bebê, pegou e enrolou (...) ai eu disse que não, que eu queria ver a bebê, né... ai ele desenrolou, mostrou pra mim, enrolou de novo e levou... não pude pegar, nem nada...*” (MÃE 1). As mães podem sentir menos assustadas e desconfortáveis quando veem e seguram seu bebê natimorto, contudo, tem sido sugerido que oferecer o bebê aos pais, sem perguntar a eles se gostariam de vê-lo ou segurá-lo pode ser a maneira mais natural e útil de fornecer apoio psicossocial⁽²⁴⁾. A experiência de passar um tempo com o bebê natimorto pode ajudar as mães a aceitar a morte e proporcionar a oportunidade de despedida⁽¹⁷⁾. Por outro lado, pode configurar uma maior intensidade de dor comparadas às mães que optaram por não ver o seu bebê, mas, isto não foi avaliado como um indicativo de distúrbio de saúde mental⁽²⁵⁾. Somente uma mãe manifestou não querer ter contato com o bebê “*Quando o*

bebê nasceu meu esposo viu tudo... eu não vi nada, preferi não (...) porque eu ia ficar mais triste, eu me conheço, eu sei que eu ia ficar pior ainda.” (MÃE 2). O medo de ver um corpo morto e de ver como seria o bebê podem ser barreiras importantes para as mães, por isso é sugerido que estes medos sejam explorados com sensibilidade e discutidas as formas de enfrentamento⁽¹⁷⁾. É fundamental que os profissionais de saúde forneçam informações e orientem os pais na sua decisão de ver e segurar o bebê natimorto, pois, os pais podem no futuro se arrependem de não ter tido este contato⁽²⁶⁾. Os dados encontrados ainda não apontam para uma única direção e um único protocolo, evidenciando a necessidade de mais estudos sobre os impactos do contato da mãe com o natimorto. Contudo, as múltiplas respostas sugerem que a família seja consultada a fim de que essa reunião aconteça da forma mais sensível possível.

Outro ponto destacado sobre o atendimento se refere ao local de recuperação. As mães de natimortos colocadas na maternidade acabam por enfrentar desafios significativos que podem intensificar o luto⁽²⁶⁾, “... *eu pedi pra ela se poderia me trazer ele, se eu poderia ver ele (natimorto), porque na realidade eu estava esperando que saísse uma pessoa que estava com um bebê... ela tinha um bebê vivo e eu estava com um bebê morto.*” (MÃE 3). Nesta situação, identifica-se um constrangimento desta mãe por estar no mesmo ambiente de outra mãe com um bebê vivo. Pesquisadores ressaltam a importância das mães que acabaram de dar à luz a um bebê natimorto tenham um espaço físico adequado, um ambiente isolado de outras mães grávidas ou bebês recém-nascidos^(20,27). A família deve ter prioridade para vivenciar a perda e o luto com respeito, dignidade, individualidade, privacidade e discrição neste momento tão doloroso de suas vidas⁽¹⁸⁾.

O ritual de despedida parece ter igual importância. Três mães manifestaram a importância deste momento e a dificuldade de estarem presentes na despedida do bebê, por estarem internadas no hospital: “*Teve o velório. Foi bem difícil... e eu não queria perder de jeito nenhum ... tive alta bem pertinho, uns minutos antes de começar o velório do bebê, cheguei de mala e cuia lá...*”. (MÃE 2); “*Eu fiz o cálculo de ficar 12 horas internada e pensei, isto não vai dar tempo, se estiver que ir sem mim, que vá, mas enterra... foi enterrado, meu marido disse que muito triste, que o caixão era muito pequenininho, mas encheram o caixão de flores. E eu disse para ele, por que não tirou uma foto?*”. (MÃE 3); “*Eu até não cheguei a fazer um ritual de despedida... depois que eu saí do hospital e fui pra casa, aí meu marido me levou até o túmulo dele*”. (MÃE 4). Após a perda fetal os pais possuem poucas recordações do bebê devido a vários fatores,

podendo gerar uma sensação intensa de vazio⁽²⁸⁾. Para atenuar os danos emocionais as maternidades deveriam, quando possível, oferecer oportunidades para que as mães possam participar dos rituais de despedidas de seus filhos. Antes da alta, a instituição hospitalar deve oferecer uma caixa com as lembranças do bebê, como mechas do cabelo, digitais do pé e mão e pulseiras de identificação, juntamente com a liberação do corpo do bebê para os procedimentos funerários⁽¹⁸⁾.

Impacto psicossocial

Vivenciar uma perda gera impacto. Dor e sofrimento foram sentimentos comuns a todas as mães no período após a perda do bebê, “*Tive que tentar mostrar que estava forte, mas por dentro eu estava destruída...*” (MÃE 2). Sintomas psicológicos negativos podem ser identificados nos relatos: depressão “*Ando também sem paciência, quero ficar sozinha...*” (MÃE 1), ansiedade “*...eu passava mal em casa, achava que estava morrendo, num desespero...*” (MÃE 4), insônia “*A perda do bebê me afetou muito, na questão de não dormir direito por um mês...*” (MÃE 2), “*Depois da perda foi uma depressão muito grande, eu não dormia à noite, virava a noite, dormia 1 hora, 2 horas na noite e acordava...*” (MÃE 3). O período após o natimorto tem consequências extensas para pais e suas famílias. Ter um natimorto está associado a uma série de sintomas psicológicos negativos. Pais enlutados têm taxas significativamente mais elevadas de distúrbios psicológicos e emocionais, incluindo; depressão, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, agorafobia, raiva, avaliações cognitivas negativas, tais como sensação de fracasso, e a longo prazo culpa, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida⁽⁶⁾. Alguns pais demonstraram fortes sentimentos de isolamento social e desconexão do seu ambiente social, os problemas de saúde mental em alguns casos surgiram décadas após a perda⁽⁶⁾. Para uma das mães entrevistadas a culpa esteve presente desde a descoberta do natimorto, sentimento de responsabilização tomaram conta do estado emocional, “*Me culpava muito, como que eu não percebi que já tinha acontecido há mais de uma semana*” (MÃE 3). De forma correspondente, no inventário BriefCope, foi predominante nesta mãe o *coping* de auto culpabilização (Tabela 1).

O impacto do natimorto carece de visibilidade. Vários relatos demonstraram situações em que a família e/ou amigos não reconheceram como legítimos a perda e o luto das mães, “*Minha família não mora aqui, nem ligaram nem nada, sabe, para conversar, saber se eu estava bem... aqueles que estavam por aqui botaram a culpa toda*

em mim (...) no dia que eu precisava que me apoiassem (...) me botaram pra baixo, tentaram me afundar mais ainda” (MÃE 2), “Uma coisa que a minha mãe me falou que aquilo me doeu muito, que era uma criança que não ia ver a luz do dia, isto me tocou muito, eu carrego aquilo (...) não tive apoio nenhum do luto, só me falou coisas duras né” (MÃE 3), “Quando eu falei pra minha mãe que estava sofrendo destes males, me sentia triste, que estava com crises de ansiedade, ela não acreditava muito, ela dizia que era coisa da minha cabeça, que eu não era normal por estar falando aquelas coisas.” (MÃE 4). Mulheres experimentam uma ampla gama de manifestações de luto após o nascimento de um filho morto, e quando seu luto não é reconhecido pelos profissionais de saúde, em sua comunidade ou em sua família, ocorre um agravo nas experiências negativas de estigmatização, culpa, desvalorização e perda do status social⁽¹⁹⁾. Por vezes se sentem sozinhas e abandonadas mesmo por parentes próximos⁽⁶⁾ e outras altamente estigmatizadas e vistas como um fracasso da feminilidade por darem à luz de um bebê morto⁽⁹⁾.

A não legitimação do luto pode contribuir para um maior sofrimento da mãe, *“Uma amizade não deu importância, ela estava grávida e achou que eu teria ciúmes porque ela estava grávida, e ela não queria me visitar (...)ela acabou se distanciando”.* (MÃE 3), *“(...) eles falam dos bebês deles como se eu não estivesse ali sabe, como se eu não estivesse passado por uma perda, às vezes me magoa...”* (MÃE 4). O luto após a morte fetal pode conter alguns aspectos únicos. As pessoas que convivem e que estão ao redor dos pais que sofreram a perda podem não compreender a dor que eles sentem e não reconhecer o luto vivido e podem acabar por privar os pais, especialmente a mãe, de entender, sofrer e elaborar o luto⁽²⁸⁾. Três mães apresentaram luto complicado (ver Tabela1) evidenciando a importância de acompanhamento e que a orientação sobre o luto se estenda a família ampliada.

Enfrentamento

Lidar com a perda exige uma série de estratégias de enfrentamento. O enfrentamento ou *coping* tem sido definido como um esforço comportamental e cognitivo em que se modifica diariamente, para lidar com demandas internas e externas ao indivíduos e que vão além dos recursos individuais pré-existentes⁽²⁹⁾. Tomados em conjunto, observa-se que os tipos de *coping* predominantes nas mães a partir *BriefCOPE* correspondem aos dados obtidos na entrevista, a saber:

Religião: *“(...) porque foi vontade de Deus, não tem o que fazer.”* (MÃE 1)

Reinterpretação positiva: *“Eu acho que bastante coisa mudou, eu me sinto um pouco mais madura (...) eu acredito que as coisas vão melhorar mais pra frente (...)”* (MÃE 4).

Auto culpa: *“Eu pensei, que mãe era eu? Que tinha deixado uma criança enterrada lá. Eu sempre me culpando sabe, uma forma de tentar me culpar, como é que eu deixei ele lá?”* (MÃE 3).

Aceitação: *“(...) a gente tem que se conformar né (...)”* (MÃE 1).

Coping ativo: *“(...) eu estou tentando melhorar, fui no médico, fui na psicóloga (...)”* (MÃE 4).

Suporte emocional: *“Tenho poucas amigas, a maioria me acolheu bem, assim, tentou me ajudar, conversar (...)”* (MÃE 4).

Auto distração: *“(...) tento não pensar, não pensar no que aconteceu(...)”* (MÃE 1).

Expressão de sentimentos: *“(...) estar no grupo, externalizar sentimentos, preocupações, coisas que passam na nossa cabeça(...) é uma coisa assim, que eu abraço, eu gosto.”* (MÃE 3).

Planejamento: *“(...) ela me ajuda com meus planos futuros (...) me sentindo mais confiante para adquirir outras coisas para quando eu tiver minha próxima gestação eu tiver com tudo mais em ordem (...)”* (MÃE 4).

Suporte instrumental: *“(...) ela me diz coisas positivas que me fazem acreditar que tem algo bom lá na frente, então eu gosto bastante de ir na psicóloga.”* (MÃE 4).

Foi observado que as crenças religiosas, espirituais e/ou a fé em algo maior auxiliaram as mães no enfrentamento do luto. Duas mães manifestaram interesse na doutrina espírita como um meio de amenizar a dor da perda *“Depois eu comecei a ler mais, leio muito livro espírita (...) acho que foi algo que me ajudou bastante, a compreender as coisas...”* (MÃE 1), *“(...) eu sou espírita, mas depois da perda eu comecei a ir no centro espírita foi aí que me ajudou um pouco.”* (MÃE 2). A doutrina umbandista também foi procurada por uma das mães como forma de trazer algum conforto: *“Agora nestes últimos meses eu até procurei uma casa de umbanda, pra jogar uns búzios (...) isto ainda mais confortou meu coração (...)”* (MÃE 4). Outra mãe que não tinha religião acredita que o filho, após a morte, faz parte de um todo, de algo maior: *“(...) eu faço esta relação com a natureza, olho para a copa das árvores e penso que ele faz parte deste todo e que ele está sempre comigo assim.”* (MÃE 4).

Três mães relataram que a presença de filhos anteriores à perda contribuiu para que se fortalecessem diante à dor que estavam vivendo. “(...), *mas os outros três filhos que tenho que me dão força (...) eu penso muito neles e tento não sofrer pelo lado da menina, pela perda dela.*” (MÃE 1), “(...), *a gente teve que ter muita força, porque eu tinha mais dois em casa esperando (...) São minha base, onde eu segurei para me reerguer, pra seguir firme e forte (...)*” (MÃE 2), “*O fato de eu ter duas filhas me ajudou bastante também, porque elas ocupam a minha rotina, tomam espaço na minha vida, elas preenchem a minha vida.*” (MÃE 3). A presença de filhos ou de um novo bebê parece ser o apoio mais importante no enfrentamento da dor⁽³⁰⁾. Uma gestação posterior correspondeu com um não estado de luto complicado (Figura 1), para a mãe foi uma fase que a ajudou a lidar com a perda: “*Aí, depois de dois meses, descobri que estava grávida, foi onde me apoiei, me ergui de novo (...)*” (MÃE 3). Esses dados fortalecem a hipótese de que uma gestação posterior à perda de um natimorto pode contribuir no enfrentamento do luto. Experiências mistas podem ser identificadas no período pós perda, incluindo o medo da perda novamente, o desejo de uma outra gravidez e a pressão para engravidar novamente em breve. Para algumas mulheres o pensamento de uma futura gravidez foi útil no enfrentamento do luto, embora reconhecessem que não seria uma substituição para a perda⁽¹⁹⁾.

Na Tabela 1 estão descritas as estratégias dominantes identificadas na aplicação da escala e na Figura 1 estão agrupadas as subcategorias mais presentes na análise temática. Tomadas em conjunto é possível constatar que as mães buscam diferentes estratégias de *coping* e que o seu envolvimento em várias ações pode contribuir para o enfrentamento da dor. Por exemplo, após a perda do bebê, uma das mães voltou a dormir e sentir-se melhor quando procurou um grupo de ciclismo e voltou a praticar atividade física: “*Acho que o ciclismo foi primordial (...) porque na época eu tinha voltado a fazer a coisas que tinha deixado.*” (MÃE 3). No entanto, seu enfrentamento não se restringiu ao *coping* ativo, sua busca por um grupo de apoio também pode ser identificada com o *coping* de expressão de sentimentos (Figura 1); “*(...) um abraço também, estar no grupo, externalizar sentimentos, preocupações, coisas que passam na nossa cabeça... é uma coisa assim, que eu abraço, eu gosto.*” (MÃE 3)

Após a perda uma das mães procurou ajuda profissional: “*Eu estou tentando melhorar (...) fui na psicóloga, conversei bastante com ela, e acredito que está melhorando(...)*” (MÃE 4). Identifica-se nesta mãe um sentimento de esperança e um valor dado ao acompanhamento psicológico no enfrentamento do luto. Este dado

corresponde ao *coping* referente ao suporte instrumental (Tabela 1). O apoio psicológico tem se mostrado eficaz na redução de transtorno mentais das mães de natimortos, contribuindo para o enfrentamento do luto⁽¹⁹⁾. Casais que compartilham sua tristeza se sentem fortalecidos⁽³¹⁾. Nesse estudo, duas mães relataram o amparo do marido após a perda revelando a presença de *coping* suporte emocional: “*Com meu esposo só fortaleceu né, porque desde o início a gente estava apoiando um ao outro, e seguimos assim sabe, e cada vez mais forte.*” (MÃE 2), “*(...) a gente continua bem unido, como era antes, com ele ficou tudo tranquilo, porque ele tem a mesma tristeza que eu, tem o mesmo trauma que eu, tudo mais...*” (MÃE 4). O suporte ainda pode ser ofertado por outras pessoas significativas na vida da mãe enlutada, “*(...) Ela (tia) vinha, trazia coisas, fazia tudo pra ver se a gente se distraia, pra gente não ficar com aquela coisa, por causa da perda, sentindo demais.*” (MÃE 2). Duas mães tiveram o amparo de amigos após a perda do bebê: “*(...) eu aceitava a visita da amiga, porque sabia que ela ia conversar normal, era uma coisa assim, pra mim poder me distrair, pra poder me socializar, me senti acolhida.*” (MÃE 3), “*(...)quando a gente está numa situação assim, muito ruim, a gente quer ouvir uma coisa boa, que vai ficar tudo bem, vou acreditar nisso (...) você acaba guardando aquilo pra ti de alguma forma que te ajuda um pouco a não se sentir tão pra baixo.*” (MÃE 4). Mães que tiveram apoio emocional e material da sociedade, incluindo a família, amigos, religiosos e grupos de apoio relataram escores de luto e depressão inferiores⁽¹⁹⁾. As mães também citaram uma variedade de mecanismos de enfrentamento que teriam lhes beneficiado, incluindo a religião e a fé, distração, apoio familiar e a automedicação⁽¹⁹⁾. O apoio social tem sido identificado como um dos fatores mais importantes para ajudar a lidar com a morte do bebê⁽²²⁾. Mães enlutadas relataram que para elas era importante expressar sua dor através de lágrimas e conversando sobre sua perda⁽³¹⁾.

As estratégias de enfrentamento parecem não diferir de pesquisas realizadas em outros países que identificam manifestação do amor maternal em relação à outras crianças na casa, como filhos de irmãos; apoio de amigos de familiares; antecipação de uma nova gravidez, crença em Deus e imersão no trabalho⁽⁹⁾. Os resultados aqui apresentados precisam ser analisados com cautela, já que envolve um delineamento transversal e tem um pequeno número de participantes. É possível que as recusas possam estar relacionadas com a dor e dificuldade das mães de falarem sobre a sua perda. Por esse motivo, a exploração dos dados e os resultados desse estudo podem incentivar novas pesquisas

sobre o tema e contribuir para uma melhor compreensão e melhor oferta de atendimento das mães enlutadas.

Considerações finais

O estado de luto complicado foi identificado em três mães. É sabido que a perda de um bebê gera um processo natural de luto, mas a permanência de sintomas disfuncionais não é um evento esperado. Tomados em conjunto, os dados quantitativos e qualitativos obtidos nesse estudo reforçam a hipótese de que um bebê natimorto tem um impacto negativo sobre as mulheres. Este impacto afeta o estado emocional das mães, gerando culpa, ansiedade e depressão. A não legitimação do luto por amigos e familiares contribuiu para que as mães se sintam abandonadas e privadas de atenção. O atendimento na instituição hospitalar revela a inexistência de um protocolo padrão e sugere que o apoio prestado está condicionado a sensibilidade dos profissionais disponíveis no momento. O natimorto parece também impactar a equipe de atendimento. Embora situações de perda ocorram comumente nas instituições hospitalares, a perda de um bebê ainda é um evento complexo para todos que lidam com essa questão. As equipes apresentam dificuldades e despreparo para noticiar a morte do bebê e para conduzir um atendimento pós perda. Os dados sugerem que haja um treinamento destes profissionais que atuam diretamente no cuidado das mães de natimortos, somente assim, estas mulheres poderão ser acolhidas integralmente com respeito e afeto.

A ausência de protocolos na instituição hospitalar e a falta de acompanhamento ou de orientações posteriores a perda acabam por delegar a própria mulher a busca por estratégias de enfrentamento. Na maior parte das vezes a mulher inicia uma caminhada solitária em busca de suporte, por vezes conta com o apoio do seu parceiro e quando possui filhos é nesse grupo que deposita a sua força. Para as mulheres desse estudo a religiosidade, a atividade física, os grupos de apoio, o suporte social e o acompanhamento psicológico foram identificados como estratégias de enfrentamento do luto, afirmando o investimento destas mães em alternativas para atenuar a sua dor.

Conhecer as experiências de luto, o impacto psicossocial e as estratégias de enfrentamento após o óbito fetal são fundamentais para entender a extensão dos danos causados por um natimorto e incentivar novas políticas de saúde pública e protocolos de atendimento para as mães que perderam seus bebês.

Referências

1. Brasil. Saúde Brasil 2010. Ministério da Saúde. Brasília - DF: Departamento de Análise de Situação em Saúde; 2011.
2. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2009. 96 p.
3. Paris GF, Montigny F De, Pelloso SM. Estudo Comparativo Entre Brasileiras E Canadenses. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):546–53.
4. Carvalho TS, Pellanda LC, Doyle P. Stillbirth prevalence in Brazil: an exploration of regional differences. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(2):200–6.
5. Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, et al. Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *Lancet*. 2016;387(10018):604–16.
6. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AEP, Downe S, et al. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–12.
7. Froen JF, Cacciatore J, McClure EM, Kuti O, Jokhio AH, Islam M, et al. Stillbirths: Why they matter. *Lancet*. 2011;377(9774):1353–66.
8. J Froen F, Lawn JE, Heazell AEP, Flenady V, Bernis L de, Kinney M V, et al. Pelo fim da natimortalidade evitável. *Lancet*. 2016;1–8.
9. Gopichandran V, Subramaniam S, Kalsingh MJ. Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India - a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–13.
10. Cresswell J. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2010.
11. Paris GF, Montigny F de, Pelloso SM. Adaptação transcultural e evidências de validação da Perinatal Grief Scale. *Texto Context Enferm*. 2017;26(1):1–10.
12. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: A theoretically

- based approach. *J Personal Soc Psychol.* 1989;56:267–83.
13. Maroco J, Campos J, Vinagre M, Pais-Ribeiro J. Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior. *Psic, Saúde & Doenças.* 2014;15:300–13.
 14. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14(2):187–94.
 15. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Martins Fontes; 2017.
 16. Bowlby J. *Apego e Perda: Perda - Tristeza e Depressão.* São Paulo: Martins Fontes; 2004.
 17. Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):1–10.
 18. Salgado H, Polido CBA. *Como lidar luto perinatal: acolhimento em situação de perda gestacional e neonatal.* São Paulo: Ema Livros; 2018.
 19. Shakespeare C, Merriel A, Bakhbaki D, Baneszova R, Barnard K, Lynch M, et al. Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2019;126(1):12–21.
 20. Peters MDJ, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth.* 2015;28(4):272–8.
 21. Heazell AEP, Leisher S, Cregan M, Flenady V, Frøen JF, Gravensteen IK, et al. Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: Report of the 7th annual meeting of the international stillbirth alliance. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(3):352–61.
 22. Cacciatore J. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Soc Work Health Care.* 2010;49(2):134–48.
 23. Aho AL, Tarkka MT, Åstedt-Kurki P, Sorvari L, Kaunonen M. Evaluating a bereavement follow-up intervention for grieving fathers and their experiences of

- support after the death of a child—a pilot study. *Death Stud.* 2011;35(10):879–904.
24. Erlandsson K, Warland J, Cacciatore J, Rådestad I. Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth—Findings from an online questionnaire. *Midwifery.* 2013;29(3):246–50.
 25. Wilson PA, Boyle FM, Ware RS. Holding a stillborn baby: The view from a specialist perinatal bereavement service. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol.* 2015;55(4):337–43.
 26. Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One.* 2015;10(7):1–20.
 27. Bond D, Reynes-Greenow C, Gordon A. Bereaved parents' experience of care and follow-up after stillbirth in Sydney hospitals. *Aust N Z J Obs Gynaecol.* 2017;1–7.
 28. Aguiar HC, Zornig S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos clin.* 2016;21(2):264–81.
 29. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer; 1984.
 30. Erlandsson K, Säflund K, Wredling R, Rådestad I. Support after stillbirth and its effect on parental grief over time. *J Soc Work End-of-Life Palliat Care.* 2011;7(2–3):139–52.
 31. Avelin P, Rådestad I, Säflund K, Wredling R, Erlandsson K. Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery.* 2013;29(6):668–73.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e reprodutivos, estado de luto e estilos predominantes de coping. Rio Grande/RS, 2020.

	Idade	Escolaridade	Estado civil	Idade gestacional (semanas)	Filho(s) anterior à perda	Gestação posterior à perda	Luto complicado	Coping
MÃE 1	39	2º grau	União estável	31	sim	não	sim	Religião, reinterpretação positiva, auto culpa, aceitação, auto distração
MÃE 2	30	8º série	União estável	34	sim	sim	não	Coping ativo, suporte emocional, religião, auto distração
MÃE 3	38	Superior	casada	38	sim	não	sim	Coping ativo, auto culpa, aceitação, expressão sentimentos, auto distração
MÃE 4	25	2º grau	União estável	34	não	não	sim	Coping ativo, planejar, suporte instrumental, suporte emocional, reinterpretação positiva, auto culpa, aceitação, expressão de sentimentos, auto distração



Figura 1. Mapa temático dos dados obtidos na entrevista semiestruturada.

5. Nota à imprensa

Quando o bebê nasce morto

Chamamos de natimorto ou óbito fetal a perda do bebê antes do nascimento a partir da 20ª semana de gestação. Falar sobre a morte pode ser difícil, mais ainda quando falamos de um bebê que nasceu sem vida. Mas, é necessário compreender este evento de vida que traz muita dor e sofrimento para as mulheres e seus parceiros.

Foi realizada em Rio Grande, RS, em 2020, uma pesquisa, resultado da dissertação de mestrado da aluna Gabriella Friaça de Oliveira, sob a orientação da Profa. Dra. Simone dos Santos Paludo. Este estudo analisou o luto de 4 mães de bebês natimortos, seu impacto na vida destas mães e as estratégias de enfrentamento delas após a perda do bebê.

Os resultados do estudo demonstram que a culpa, ansiedade e depressão são danos observados nas mães após o natimorto. Quando os familiares e amigos não reconhecem a dor e luto destas mães elas se sentem abandonadas e privadas de atenção. Observou-se também que as equipes de saúde apresentam dificuldades e despreparo para noticiar a morte do bebê e para conduzir um atendimento pós perda.

Para as mulheres deste estudo a religiosidade, a atividade física, os grupos de apoio, o suporte social e o acompanhamento psicológico foram identificados como estratégias de enfrentamento do luto, afirmando o investimento destas mães em alternativas para atenuar a dor.

Novas políticas de saúde pública e protocolos de atendimento para as mães que perderam seus bebês devem ser implantadas. De forma semelhante, o reconhecimento da dor e luto materno e o amparo por amigos e familiares é fundamental para o fortalecimento destas mães.

6. Anexos

Anexo 1: Aprovação Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MÃES DE NATIMORTOS: LUTO, IMPACTO PSICOSSOCIAL E ENFRENTAMENTO

Pesquisador: GABRIELLA FRIACA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34255220.5.0000.5324

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.184.542

Apresentação do Projeto:

MÃES DE NATIMORTOS: LUTO, IMPACTO PSICOSSOCIAL E ENFRENTAMENTO

Resumo

Este estudo tem por objetivo descrever, através do método misto, o estado de luto e as estratégias de enfrentamento das mulheres que tiveram bebês natimortos na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, no ano de 2019. Serão incluídas todas as mães que tiveram filhos natimortos atendidas nas duas maternidades do município entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2019. As mães que tiverem idade menor que 18 anos serão excluídas do estudo. Para a coleta de dados serão utilizados um questionário, a Escala de Luto Perinatal (ELP), o BriefCOPE e uma entrevista semi-estruturada com seis questões abertas: "Você pode me contar como ocorreu a perda de seu bebê?" "Qual foi o seu contato com o bebê?" "Como foi a assistência recebida pela equipe de saúde?" "Como você enfrentou a perda do bebê?" "Alguém te apoiou no enfrentamento do luto?" "O que você sente que mais tem lhe ajudado a lidar com a perda do bebê?". Os dados coletados nas escalas seguirão as orientações de análise dos autores responsáveis pela validação dos instrumentos no Brasil. Os resultados obtidos e os dados coletados no questionário serão submetidos a uma análise estatística descritiva. Já os dados obtidos na entrevista serão transcritos e analisados na íntegra segundo o modelo de Minayo (2012). Os dados quantitativos e qualitativos serão triangulados para análise final. Espera-se que as mães que não puderam ter a experiência de ver e segurar o bebê, que não receberam

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carmoas CEP: 96.203-900
UF: RS Município: RIO GRANDE
Telefone: (51)3237-3011 E-mail: cep@furg.br

Continuação do Parecer: 4.194.542

assistência da equipe de saúde e que não tiveram acompanhamento psicológico após a perda do bebê apresentem uma experiência de luto complicado. Espera-se também que as mães que tiveram bebês natimortos não tenham recebido uma assistência adequada na ocorrência da perda do bebê.

Palavras-chave: Natimortos, Luto, Enfrentamento

Objetivo da Pesquisa:

3.1 Objetivo Geral

Descrever, através do método misto, o estado de luto, o impacto psicossocial e as estratégias de enfrentamento das mulheres que tiveram bebês natimortos na cidade de Rio Grande, RS, no ano de 2019.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar o estado de luto das mães que tiveram bebês natimortos e identificar as características sociodemográficas e reprodutivas, experiência de ver e segurar o bebê, apoio recebido pela equipe de saúde e acompanhamento psicológico após a perda;
- Compreender a experiência e as estratégias de enfrentamento relatadas pelas mães de natimortos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em todas as etapas, a mulher estará em seu domicílio, assim como o entrevistador estará em seu próprio domicílio. Não haverá qualquer contato presencial, mas serão tomados todos os cuidados para preservar o sigilo, a confidencialidade e a privacidade.

A realização das entrevistas e questionários oferece mínimo risco aos participantes, podendo as mães se mobilizarem emocionalmente. Para isso, a pesquisadora que é psicóloga clínica, está treinada e oferecerá suporte necessário. Como benefícios os resultados do estudo poderão servir de base para a melhoria da atenção à saúde das mães de natimortos de Rio Grande. Ao final do estudo, será redigido um relatório breve e geral para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e haverá uma devolutiva ao coordenador da pesquisa "Inquérito Perinatal" com vistas a descrever as necessidades das mulheres que vivenciam um momento tão delicado em suas trajetórias como a perda de um filho. Será garantido às participantes a assistência integral e gratuita durante toda a pesquisa.

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carmo CEP: 96.203-900
UF: RS Município: RIO GRANDE
Telefone: (51)3237-3011 E-mail: ocp@furg.br

Continuação do Parecer: 4.194.542

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Recomenda-se execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Recomenda-se execução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas na carta resposta e reestruturação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezada Pesquisadora, seu projeto foi APROVADO. Solicitamos que encaminhe o relatório final, via Plataforma Brasil, até o dia 15/02/2021. O modelo está disponível no site: <https://propep.furg.br/pt/comites/cep-furg>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1585143.pdf	26/07/2020 16:24:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinalcep2.docx	26/07/2020 16:21:34	GABRIELLA FRIACA DE OLIVEIRA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCECEFFINAL.docx	26/07/2020 16:20:51	GABRIELLA FRIACA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartarespostacepfinal.docx	26/07/2020 16:12:23	GABRIELLA FRIACA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/06/2020 22:48:42	GABRIELLA FRIACA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Neocita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
 Bairro: Campus Camélias CEP: 96.203-900
 UF: RS Município: RIO GRANDE
 Telefone: (51)32257-3011 E-mail: cep@furg.br