

Percepção Sobre o Cuidado à Perda Gestacional: Estudo Qualitativo com Casais Brasileiros

Gabriela Vescovi¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Porto Alegre, RS, Brasil.

Daniela Centenaro Levandowski²

²Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo: Este artigo analisou a percepção e os sentimentos de casais sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde acessados em função de perda gestacional (óbito fetal ante e intraparto). O convite para a pesquisa foi divulgado em mídias sociais (Instagram e Facebook). Dos 66 casais que contataram a equipe, 12 participaram do estudo, cuja coleta de dados ocorreu em 2018. Os casais responderam conjuntamente a uma ficha de dados sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada, realizada presencialmente (n=4) ou por videochamada (n=8). Os dados foram gravados em áudio e posteriormente transcritos. A Análise Temática indutiva das entrevistas identificou cinco temas: sentimento de impotência, iatrogenia vivida nos serviços, falta de cuidado em saúde mental, não reconhecimento da perda como evento com consequências emocionais negativas, e características do bom atendimento. Os achados demonstraram situações de violência, comunicação deficitária, desvalorização das perdas precoces, falta de suporte para contato com o bebê falecido e rotinas pouco humanizadas, especialmente durante a internação após a perda. Para aprimorar a assistência às famílias enlutadas, sugere-se qualificação profissional, ampliação da visibilidade do tema entre diferentes atores e reorganização dos serviços, considerando uma diretriz clínica para atenção ao luto perinatal, com destaque para o fortalecimento da inserção de equipes de saúde mental no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Óbito Fetal, Serviços de Saúde, Saúde Mental, Humanização da Assistência.

Perceptions on Pregnancy Loss Care: a Qualitative Study with Brazilian Couples

Abstract: This study analyzed couples' perceptions and feelings about pregnancy loss care (ante and intrapartum fetal death). A research invitation was published on social media (Instagram and Facebook) and data collection took place in 2018. Of the 66 couples who contacted the research team, 12 participated in the study by filling a sociodemographic questionnaire and answering a semi-structured interview in person (n=04) or by video call (n=08). All interviews were audio recorded, transcribed, and examined by Inductive Thematic Analysis, which identified five themes: feelings of impotence, iatrogenic experiences in health services, lack of mental health care, not recognizing pregnancy loss as an emotionally overwhelming event, and aspects of good healthcare. Analysis showed experiences of violence, poor communication, devaluation of early losses, lack of support for contact with the deceased baby, and dehumanizing routines, especially during hospitalization after loss. Professional qualification, extended pregnancy loss visibility among different stakeholders, and reorganization of health services are needed to improve the care offered to grieving families, considering a clinical guideline for perinatal grief care with emphasis on strengthening the insertion of mental health teams in the hospital context.

Keywords: Fetal Death, Health Services, Mental Health, Humanization of Assistance.

Percepción Sobre la Atención a la Pérdida del Embarazo: Estudio Cualitativo con Parejas Brasileñas

Resumen: Este estudio analizó las percepciones y sentimientos de parejas sobre la atención recibida en los servicios de salud a los que accedieron debido a la pérdida del embarazo (muerte fetal ante e intraparto). La invitación al estudio se publicó en las redes sociales (Instagram y Facebook). De las 66 parejas que se contactaron con el equipo, 12 participaron en el estudio, cuya recolección de datos se realizó en 2018. Las parejas respondieron un formulario de datos sociodemográficos y realizaron una entrevista semiestructurada presencialmente (n=4) o por videollamada (n=08). Los datos se grabaron en audio para su posterior transcripción. El análisis temático inductivo identificó cinco temas: Sentimiento de impotencia, experiencias iatrogénicas en los servicios, falta de atención a la salud mental, falta de reconocimiento de la pérdida como un evento con consecuencias emocionales negativas y características de buena atención. Los hallazgos evidenciaron situaciones de violencia, comunicación deficiente, desvalorización de las pérdidas tempranas, falta de apoyo para el contacto con el bebé fallecido y rutinas poco humanizadas, especialmente durante la hospitalización tras la pérdida. Para mejorar la atención a las familias en duelo, se sugiere capacitación profesional, ampliación de la visibilidad del tema entre los diferentes actores y reorganización de los servicios, teniendo en cuenta una guía clínica para la atención del duelo perinatal, enfocada en fortalecer la inserción de los equipos de salud mental en el contexto hospitalario.

Palabras clave: Muerte Fetal, Servicios de Salud, Salud Mental, Humanización de la Atención.

Introdução

A perda gestacional (PG), ocorrida espontaneamente durante qualquer etapa da gestação (anteparto) e do trabalho de parto (intraparto), representa um grave problema de saúde pública (Frøen et al., 2011; Lawn et al., 2016). Nos países em desenvolvimento, esse cenário é agravado pela dificuldade de acesso a serviços de saúde, baixa qualidade do cuidado e subnotificações (Lawn et al., 2016). A PG é aqui entendida como sinônimo de óbito ou morte fetal, a saber, a morte do feto antes da completa expulsão ou extração do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez (Ministério da Saúde, 2014). No Brasil, os óbitos fetais apresentaram, em 2018, uma taxa de 10,4/1000 nascimentos (Serafim et al., 2021).

Em termos emocionais, a PG apresenta grande potencial traumático (Kersting & Wagner, 2012; Lemos & Cunha, 2015; Parkes, 2009) por ser altamente incongruente com o esperado para uma gestação e por desafiar a ordem esperada do ciclo vital (falecimento dos pais antes dos filhos) (Hutti & Limbo, 2019). Esta vivência pode comprometer as crenças dos pais

sobre o mundo (Wheeler, 2001) e gerar impactos na sua saúde mental e física e nas relações familiares (Al-Maharma et al., 2016; Dias et al., 2017; Krosch & Shakespeare-Finch, 2017).

Frente à crise gerada por uma PG, processos dinâmicos de resiliência familiar podem ser acionados. A resiliência familiar refere-se aos processos de enfrentamento e adaptação na família como unidade funcional (Walsh, 2005). Compreender tais processos familiares é relevante na medida em que estes são mediadores da adaptação de todos os seus membros (Walsh, 2016). Os recursos sociais e econômicos disponíveis aos casais que vivem uma PG são processos-chave da resiliência familiar, pelo seu papel crucial na promoção da resiliência (Walsh, 2016). Os serviços de saúde podem ser considerados como uma parte relevante dos recursos sociais. Especificamente, a literatura tem demonstrado que o cuidado despendido pela equipe de saúde após uma PG tem influências duradouras sobre os pais enlutados (Ellis et al., 2016; Kingdon, O'Donnell et al., 2015), podendo promover a resiliência ou dificultá-la.

No cenário internacional, pesquisas apontam a insatisfação dos casais perante a atenção à PG nos serviços de saúde (Ellis et al., 2016; Siassakos et al., 2018). No Brasil, a experiência dos usuários nesses serviços passa a receber mais destaque a partir da criação da Política Nacional de Humanização (PNH) (Ministério da Saúde, 2004), considerada o mais importante marco lógico e legal para a atuação dos psicólogos em serviços hospitalares (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2010). Os princípios dessa política, tais como respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo de espera reduzido e participação nas decisões, associaram-se à maior satisfação com o atendimento de saúde recebido em nascimentos sem complicações (Leal & Gama, 2016).

Estudos brasileiros sobre PG têm investigado principalmente a vivência emocional de mulheres (Camarneiro et al., 2015; Faria-Schützer et al., 2014; Lemos & Cunha, 2015; Rios et al., 2016), sendo escassas as investigações sobre suas percepções acerca das práticas de saúde e dos cuidados recebidos (Bertolani & Oliveira, 2010; Muza et al., 2013). De forma geral, essas análises concluíram que a assistência à PG não tem contemplado as necessidades femininas e familiares (especialmente de apoio), nem respeitado direitos reprodutivos das mulheres (Bertolani & Oliveira, 2010; Muza et al., 2013).

Também são escassas as investigações que consideram a percepção do homem sobre a vivência da PG. Os estudos geralmente apontam para efeitos psicológicos negativos menos intensos e duradouros nos homens em decorrência de uma PG, quando comparados às mulheres (Due et al., 2017; Volgsten et al., 2018). Essa posição de “personagem secundário” em que são colocados limita a oferta de apoio para os homens (Williams et al., 2020). De acordo com estes autores, o foco nos aspectos biológicos (restritos à mulher) pode explicar a falha dos serviços de saúde no acolhimento ao sofrimento masculino, potencialmente limitando as oportunidades do casal para lidar com a perda de forma conjunta.

Compreender a experiência do cuidado despendido às famílias que vivem uma PG pode contribuir para a identificação das necessidades dos casais e das dificuldades das equipes e serviços em lidar com este evento. Assim, será possível aprimorar a qualidade da atenção para essa vivência emocionalmente complexa. Percebe-se, então, a relevância de pesquisas

sobre o tema para embasar essas modificações. Nesse intuito, este artigo analisou a percepção e os sentimentos de casais sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde acessados em função de PG.

Método

Trata-se de análise qualitativa transversal, de caráter exploratório-descritivo, cujos dados derivam de pesquisa sobre resiliência familiar em situações de PG (Vescovi & Levandowski, 2017).

Participantes

Doze casais que acessaram ao menos um serviço de saúde durante a vivência de PG. A amostragem foi intencional e não probabilística. O convite para a pesquisa foi divulgado no perfil do NEEDS UFCSPA (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre), coordenado pela segunda autora, no Facebook e Instagram, bem como nos perfis pessoais das pesquisadoras nessas redes. Ainda, o material foi enviado a duas organizações não governamentais que atuam no luto parental, tendo essas instituições também feito a divulgação do estudo para o público geral pelas suas redes sociais.

Foram incluídos casais heterossexuais com qualquer tempo e tipo de relacionamento, cujos membros tinham idade mínima de 18 anos, vivência de no mínimo uma PG nos últimos cinco anos e acesso a algum serviço/profissional de saúde em função desse acontecimento. Os casais também deveriam demonstrar interesse em participar de uma entrevista conjunta. Foram excluídos casais em processo de separação/divórcio, que não residiam no mesmo domicílio e que tiveram outros tipos de perda (como neonatal ou de familiares) mais recentes que a PG.

Os casais eram predominantemente provenientes das regiões Sul e Sudeste e os cônjuges tinham de 28 a 58 anos (homens: 29 a 58 anos; mulheres: 28 a 50 anos). O tempo de relacionamento variou de 3 a 17 anos. Metade dos casais viveu mais de uma perda. O tempo transcorrido desde a PG mais recente até a participação no estudo variou de cinco anos a um mês. Diferentes serviços de saúde foram acessados pelos casais na ocasião da PG (Tabela 1). Além disso,

a maioria (n=11) acionou também os médicos com os quais realizavam o acompanhamento pré-natal.

Cinco casais pertenciam à classe C. A situação socioeconômica não determinou, por si só, o tipo de serviço acessado (público ou privado). Nove casais acessaram hospitais utilizando plano de saúde. O casal 2 foi o único que não acessou o hospital, uma vez que realizou 16 tentativas de engravidar

por meio de tratamento com técnicas de reprodução assistida. Como algumas dessas tentativas resultaram em gestações de poucas semanas de duração e o casal referia-se a essas tentativas como “perdas gestacionais”, os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram atendidos. Durante a coleta de dados, não foram observadas diferenças relevantes deste casal em relação aos demais.

Tabela 1
Caracterização dos casais participantes.

Identificação do casal	Idade (anos)	Estado de domicílio	Tempo de relacionamento (anos)	Classe social (IBGE)	Número e semanas de gestação da(s) PG(s)	Serviços de saúde acessados
Casal 1	M: 40 H: 42	MG	6	B	3 PG 18s (72 ^a); 6s (60); 24s (52)	CEOB e HP
Casal 2	M: 50 H: 58	RS	13	A	16 PG durante 120 meses de TTRA; última PG 2s (36)	Clínicas de reprodução assistida
Casal 3	M: 38 H: 36	MG	10	D	2 PG 35s (24); 6s (4)	CEOB e HM (PS ^b)
Casal 4	M: 31 H: 36	RJ	12	B	1 PG 6s (9)	HM (PS)
Casal 5	M: 37 H: 29	PI	3	C	1 PG gêmeos 29s (17)	CEOB e HM (PS)
Casal 6	M: 36 H: 47	PR	13	C	2 PG 7s (24); 11s (3)	CEOB e HM (PS)
Casal 7	M: 34 H: 39	RS	15	C	1 PG 10s (12)	HM (PS)
Casal 8	M: 36 H: 36	SP	10	B	2 PG 8s (27); 12s (21)	Dois HM (PS)
Casal 9	M: 26 H: 31	RS	3	C	1 PG 13s (12)	HM (PS)
Casal 10	M: 30 H: 33	MG	5	D	3 PG 15s (48) 2s (42) 21s (1)	HM (PS), HP e posto de saúde
Casal 11	M: 28 H: 41	MG	6	C	1 PG no parto 35s (4)	CEOB e HP
Casal 12	M: 37 H: 37	RS	10	B	1 PG 25s (20)	HM (PS)

Nota: M = Mulher; H = Homem; PG = Perda gestacional; s= semanas de gestação; TTRA = Tratamento com técnicas de reprodução assistida; CEOB = Clínica de ecografia obstétrica; HP = Hospitais públicos (instituições com leitos exclusivamente financiados pelo Sistema Único de Saúde); HM = Hospitais mistos (instituições com leitos particulares e leitos conveniados a planos de saúde e/ou ao SUS); PS = Plano de saúde.

^a Tempo desde a ocorrência da PG em meses.

^b Tipo de leito utilizado pelo casal.

Procedimentos, instrumentos e considerações éticas

A coleta de dados ocorreu em 2018. Dos 66 casais que contataram inicialmente a equipe de pesquisa, 12 efetivamente completaram a coleta de dados. A alta taxa de não participação (81,8%) deveu-se à perda de contato e, em menor proporção, à recusa em participar, apesar da manifestação inicial de interesse. O fechamento amostral foi definido mediante saturação teórica (Fontanella et al., 2008), utilizando-se os critérios de diversidade de profissionais e serviços acessados, variabilidade das avaliações (positivas e negativas) sobre o cuidado recebido e variação dos sentimentos relatados.

Os 12 casais participantes responderam a um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e realizaram uma entrevista conjunta, de caráter semiestruturado. Essa modalidade de entrevista foi adotada para compreender a percepção do casal enlutado enquanto unidade funcional sobre a vivência nos serviços de saúde. Ainda que haja diferenças quanto à experiência (a mulher enquanto paciente

e o homem enquanto acompanhante), priorizou-se a percepção conjunta, congruente com o referencial adotado neste artigo (resiliência familiar). Os participantes residentes no Rio Grande do Sul foram acessados presencialmente (n = 04), enquanto os residentes em outros estados foram contatados por videochamada via Skype (n = 08). Não foram percebidas diferenças de conteúdo ou postura dos entrevistados conforme essas diferentes modalidades de coleta.

O roteiro da entrevista (Tabela 2) foi construído pelas autoras para este artigo com base nos pressupostos da resiliência familiar (Walsh, 2005, 2016) e da Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2009, 2013), considerando comunicação de más notícias, acolhimento, presença de acompanhante, responsabilização, participação no processo decisório e cuidado integral. Todas as entrevistas foram conduzidas por psicóloga com formação em Terapia Sistêmica Familiar (primeira autora). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas com auxílio do *software* Inqscribe por integrantes previamente treinados do NEEDS UFCSPA.

Tabela 2

Roteiro de entrevista semiestruturada empregado para a investigação das percepções de casais brasileiros sobre o cuidado recebido nos serviços de saúde após PG.

Momento inicial

Me contem sobre o momento em que vocês perceberam que havia algo errado com o bebê.

Quem percebeu? Onde vocês estavam?

Qual(is) profissional(is) estava(m) com vocês? Como ele(s) lhes passou(aram) a notícia de que algo não estava bem?

Vocês se sentiram acolhidos neste momento? Esse(s) profissional(is) lhes deixou sozinhos?

Ele permitiu que seus familiares acompanhassem esse momento?

Ele lhes explicou o que estava acontecendo e os próximos passos a serem tomados?

Serviço de saúde

No momento da chegada no serviço de saúde, vocês sabiam claramente o que estava acontecendo?

Foi permitido que vocês ficassem juntos?

Se não, por quê?

Vocês foram orientados sobre os procedimentos médicos que seriam feitos?

Foi oferecida a vocês a possibilidade de conversar com um profissional de saúde mental? Se sim, qual?

[*Se for o caso*] Foi oferecida a vocês a possibilidade de ver o bebê ou de tocá-lo? Vocês conseguiram participar do velório?

Foram oferecidos esclarecimentos sobre os trâmites burocráticos em relação à morte do bebê?

Se vocês estavam sendo acompanhados por médico particular, conseguiram entrar em contato com ele no momento inicial e/ou na internação hospitalar?

Ele(a) lhes forneceu informações claras e apoio? Ele(a) lhes visitou?

Como vocês se sentiram em relação ao tratamento/atendimento recebido pelos outros trabalhadores do serviço de saúde (recepcionista, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo/psiquiatra, pessoal de serviços gerais e outros)?

Qual a maior dificuldade enfrentada durante o período no serviço de saúde?

Vocês receberam apoio/orientação dos profissionais ou da equipe do serviço para lidar com essa dificuldade?

O que vocês consideram que foi bom em relação ao atendimento recebido no serviço de saúde? E o que ficou a desejar e poderia ser melhorado?

Esta pesquisa recebeu autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CAAE: 75357317.0.0000.5345), atendendo às normas éticas vigentes para pesquisas com seres humanos (Resoluções 510/2016 e 466/12, Conselho Nacional de Saúde). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e lido junto a todos os participantes e suas identidades foram preservadas.

Análise dos dados

As transcrições foram revisadas pela entrevistadora e analisadas por meio da Análise Temática (AT) indutiva (Braun et al., 2019) com auxílio do *software* Nvivo 10. Seis etapas compuseram a análise: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão de temas potenciais, definição e nomeação dos temas, e produção de relatório. A AT indutiva caracteriza-se por ser “dirigida pelos dados”, ou seja, não ser guiada por nenhuma teoria específica ou códigos pré-definidos. Após a análise inicial, feita pela primeira autora e revisada pela segunda, a estrutura de subtemas foi apresentada e discutida coletivamente com os integrantes do NEEDS UFCSPA (alunos de graduação, mestrado e doutorado), para a construção da estrutura de temas

e verificação de inconsistências e das necessidades de modificação. Após essas alterações, a categorização dos temas foi apresentada para duas juízas independentes (professoras doutoras com formação na área de família e violência), que também sugeriram melhorias. Esses procedimentos visaram a redução de possíveis vieses da análise.

Um dos temas identificados na AT, denominado “transversal” e que tratou da banalização da PG, emergiu de maneira diferente dos anteriores, a partir da revisão das categorias pelos integrantes do NEEDS UFCSPA e pelas juízas. Nesse tema, a percepção, implícita ou explícita, dos casais sobre a banalização da PG pelos profissionais e pelo sistema de saúde apresentou-se como aspecto transversal aos primeiros três temas, isto é, como o pano de fundo de boa parte das falas que os constituíram.

Resultados

Cinco temas foram identificados na AT. Na Tabela 3 consta a estrutura de temas com os subtemas e exemplos ilustrativos. Os casais relataram principalmente aspectos negativos sobre a vivência da PG nos serviços de saúde (298 trechos em oposição a 92 trechos positivos). Na sequência, cada um dos temas será apresentado de forma descritiva.

Tabela 3

Temas e subtemas derivados da análise temática das entrevistas.

Tema 1: Impotência na máxima potência	
Aspectos que contribuíram para a sensação de impotência dos participantes diante da vivência da PG	
1.1 Dor física e emocional (23 ^a)	“Tu começa a sentir dor, dor, dor, contração, contração, contração, e tu sabe que... não vai ser por um bom motivo” (M12)
1.2 Solidão e sensação de abandono pelo sistema de saúde (24)	“Fiquei lá em pânico, né... não sei o que tá acontecendo, não sei como ela tá se sentindo... Aí tu pede uma informação, parece que tu tá... sabe, ofendendo alguém” (H7)
1.3 Conhecimento <i>versus</i> desconhecimento: Assimetria de poder (20)	“A gente vai no médico e as informações que eles dão pra gente é tão vaga, a gente fica tão perdida... cada um fala uma coisa” (M10)
Tema 2: Iatrogenia de jaleco	
Iatrogenia causada pelas relações estabelecidas com profissionais e/ou serviços de saúde no atendimento à PG	
2.1 Falta de qualificação profissional e seu impacto nos pacientes (24)	“Isso pra mim foi o PIOR. A médica não sabia que ela tinha que dar licença maternidade” (H5)
2.2 Comunicação e tratamento insensíveis (56)	“O rapaz ficava usando termos técnicos o tempo todo... ‘feto’... eu tive um bebê, eu não tive um feto, eu tive um bebê!” (M3) “Daí ela [médica] disse assim... [a perda] tinha que acontecer com todas, que é pra acostumar o útero” (H9)

continua...

...continuação

Tema 2: Iatrogenia de jaleco	
Iatrogenia causada pelas relações estabelecidas com profissionais e/ou serviços de saúde no atendimento à PG	
2.3 Violência na maternidade: Rotinas e práticas violadoras de direitos (21)	<p><i>“Ela [médica] falou assim... ‘Mas espera aí, a sua bolsa tá rompendo a segunda vez, então você usa droga!’... falei ‘Não’, ‘Não, cê deve usar droga... tem que ser!’ Ela queria que eu respondesse pra ela que eu usava droga, por isso que eu tava perdendo o meu bebê” (M1)</i></p> <p><i>“[A enfermeira] foi muito grosseira comigo... era como se eu tivesse cometido algum crime, como se eu tivesse sendo castigada lá” (M3)</i></p>
2.4 Desumanização da atenção (53)	<p><i>“Eu falei pra enfermeira: ‘olha eu to sangrando, pelo menos um paninho desses de hospital vocês têm que me dar pra colocar. Não posso ir embora assim, escorrendo sangue” (M7)</i></p>
Tema 3: O (não) espaço da perda e do luto na maternidade	
Entraves para o acolhimento da perda e do luto e para o cuidado em saúde mental	
3.1 O trauma da maternidade: Viver a perda em meio a bebês chorando (25)	<p><i>“Os bebês nascendo, chorando... é uma coisa muito torturante, pensa em tortura, é aquilo” (M7)</i></p> <p><i>“Ficar ouvindo choro de bebê durante três dias naquele hospital... foi um sofrimento IMENSO” (M3)</i></p>
3.2 (Não)Cuidado em saúde mental (31)	<p><i>“O prontuário médico da época que eu fiquei internada não tem nada escrito que tenha a ver com saúde mental, só físico” (M5)</i></p> <p><i>“Às vezes a gente fala que não quer as coisas, mas às vezes a gente quer. Eu acho que eles não deveriam nem perguntar se você quer conversar... às vezes, se igual eles perguntam se você quer psicóloga, eu acho que a maioria fala que não, mas na verdade quer, entendeu?” (M10)</i></p>
3.3 Contato com o bebê falecido: Ausência de suporte (21)	<p><i>“A gente não tirou a foto dela... é uma coisa que me dói até hoje... é o fato de ninguém ter indicado, ter pensado nisso... alguém podia, alguém devia ter pensado... a gente não tinha condições de pensar nisso... e não tinha essa pessoa lá pra pensar por nós naquela hora, entendeu” (M3)</i></p>
Tema Transversal: Banalização da PG	
Indicações implícitas ou explícitas de desvalorização da perda ou não reconhecimento do sofrimento dela decorrente	
<p><i>“Tudo muito normal, muito natural... todo mundo perde... isso acontece (em tom irônico)... Eu achei até que eu não era digna de sofrer um luto, porque acontece com todo mundo... porque é normal, porque... pô... eu achei assim meio PESADO” (M4)</i></p>	
Tema 4: Um bom atendimento é possível	
Aspectos constituintes de um bom atendimento em saúde, na percepção dos casais	
5.1 Acolhimento e cuidado integral (45)	<p><i>“É, essa doutora, ela, tipo, me acolheu... ela me explicou que era super normal, sabe, mas ela ia respeitar minha vontade, porque eu queria fazer [exames] e saber se eu não tinha algum problema” (M9)</i></p>
5.2 Comunicação efetiva (33)	<p><i>“A pessoa foi assim... SUPER calma, deu a notícia de uma maneira... mais amena possível... a pessoa foi muito humana” (M8)</i></p>
5.3 Cuidado centrado no paciente e não no serviço (14)	<p><i>“Aí ela [médica] falou: ‘Oh, fiquem aqui um pouco até vocês se recuperarem’, trouxe água para mim. E depois a gente saiu. Quando eu me senti bem, daí a gente saiu” (M6)</i></p>

Nota: PG = Perda gestacional.

^a Quantidade de trechos de falas alocadas em cada subtema.

Tema 1: Impotência na máxima potência

Este tema abordou aspectos que contribuíram para um sentimento de impotência nos casais, que foi decorrente, além da dor física (sentida pelas mulheres)

e emocional, também da solidão e da diferença de conhecimento técnico e informacional entre os casais e os profissionais. Sentimentos de solidão e abandono foram relatados diante do não fornecimento de

orientações e o aparente descaso dos profissionais para com o desfecho da situação. Além disso, algumas mulheres relataram sensação de solidão ou de serem esquecidas durante a internação, assim como os homens referiram sentir-se abandonados nas salas de espera. Esse sentimento dos casais pode ser parcialmente explicado pelo fato de muitos deles não terem permanecido juntos durante o processo de diagnóstico da PG e/ou internação hospitalar, muitas vezes sem motivos técnicos aparentes para justificar esse impedimento (Tema 2).

Os casais relataram, ainda, sentir-se em posição hierarquicamente inferior aos profissionais, pela diferença de conhecimento, originando uma relação assimétrica. Isso foi evidenciado em diferentes situações, por exemplo, na condição de “não-saber” sobre diagnósticos, prognósticos e intervenções indicadas, ou mesmo quando da indicação de condutas opostas por profissionais diferentes. Apesar de alguma diferença de conhecimento técnico ser inerente à relação profissional-paciente, o não repasse de informações foi frequente: as mulheres relataram não terem sido adequadamente informadas sobre procedimentos que seriam realizados, bem como sobre rotinas institucionais, enquanto os homens relataram não receber informações sobre o estado de saúde das esposas. Esses aspectos pareceram culminar no sentimento de impotência.

Tema 2: Iatrogenia de jaleco

A segunda temática abordou os malefícios causados pelos profissionais e pelo funcionamento dos serviços de saúde. No nível da relação profissional-usuário, foram identificadas percepções sobre falta de qualificação/preparação profissional, comunicação e tratamento insensíveis e práticas violadoras de direitos. No nível dos serviços, identificou-se percepções sobre uma lógica de funcionamento pautada na desumanização do usuário.

A percepção de falta de preparo profissional para lidar com a PG, em seus aspectos clínicos, emocionais e legais, foi um ponto comum entre os casais. Foram relatadas situações nas quais os profissionais não sabiam da obrigatoriedade da licença-maternidade, não seguiram ações indicadas em protocolos (como a preferência por parto normal em detrimento da cesárea), tomaram atitudes equivocadas que geraram dor ou sofrimento físico e emocional (como não saber que a paciente havia perdido o bebê, abordando-a

para ensinar sobre amamentação) e não agiram no momento oportuno, gerando a percepção de erro médico como causa da perda. Apesar de não ser foco desta análise discutir as condutas profissionais, constata-se que a percepção dos participantes sobre a falta de preparo para o manejo da PG influenciou negativamente a vivência dessa situação, denunciando potenciais falhas na formação e atuação profissional.

Praticamente todos os casais queixaram-se da comunicação dos profissionais referente à PG. Citaram o uso de termos técnicos ou inadequados (como “feto” e referência ao útero estar “limpo”); a falta de comunicação sobre a perda ou a consideração desta como um evento unicamente biológico (como a sugestão de que deveria ocorrer com todas as mulheres para “acostumar o útero”); a não orientação sobre a possibilidade de autópsia do bebê; o pouco tempo disponibilizado para a absorção de notícias ruins; a comunicação da má notícia em *setting* inadequado (por exemplo, para a mulher desacompanhada); o fornecimento de orientações apenas por meios virtuais (mensagens de celular); a frieza e a insensibilidade no manejo; a pouca atenção/interesse (como fazer várias atividades ao mesmo tempo em que a notícia era comunicada) e a referência à paciente pelo nome do procedimento (por exemplo, ser chamada de “cureta” em referência à curetagem realizada).

Práticas violadoras de direitos foram identificadas pelas participantes, como não fornecimento de analgesia, negação de acesso ao prontuário, hostilidade, gritos e atitudes preconceituosas e culpabilizantes. O impedimento/restrrição da presença do acompanhante durante a internação hospitalar, sem motivos técnicos, foi outra forma de violência comumente sofrida. Foram mencionadas atitudes como permissão de acompanhantes somente do sexo feminino, impedimento da presença do companheiro durante a ecografia obstétrica ou mesmo nos demais momentos, sob a alegação de ausência desse direito para pacientes com perdas precoces.

Por fim, neste tema ainda foram incluídos aspectos relacionados ao funcionamento dos serviços e do sistema de saúde. Muitos homens, na condição de acompanhante, compartilharam suas visões sobre os modos de operar dessas instituições utilizando expressões como “impessoal”, “burocracia”, “procedimento”, “comércio”, “estatística”, “fábrica”, “produção”,

indicando uma crítica quanto à falta de atendimento humanizado e de cuidado diante de questões emocionais e sociais, para além das biológicas. Foram relatadas frequentemente carência de equipamentos, materiais ou profissionais; ausência de ambiência adequada da maternidade, como falta de entretenimento; burocracias e rotinas geradoras de sofrimento (fornecimento de informação aos familiares somente com hora marcada, preenchimento de documentos quando a paciente sentia dor). Como exemplo, pode-se citar o casal 7, que precisou levar para casa os “restos gestacionais” para encaminhá-los à pesquisa genética, pois o hospital não tinha convênio com o laboratório vinculado ao plano de saúde contratado pelo casal. Este evento foi considerado bastante negativo.

Diante de fatos como esse, os casais identificaram uma lógica de funcionamento dos serviços de saúde pautada por automatismos e processos de desumanização. Outro aspecto apontado nas entrevistas foi a percepção do acolhimento como um atributo pessoal de alguns profissionais e não como uma lógica institucional, visto, assim, como um evento aleatório e não como um direito.

Tema 3: O (não) espaço da perda e do luto na maternidade

O terceiro tema englobou as percepções acerca do não acolhimento à perda e ao luto, e foi dividido em subtemas relativos às falhas no cuidado em saúde mental, ao trauma de permanecer no setor da maternidade do hospital após a perda e à ausência de suporte no contato com o bebê falecido. As falhas no cuidado em saúde mental foram realidade para todos os entrevistados: houve relatos tanto de medicalização indiscriminada das reações frente à perda (prescrição de antidepressivos logo após o ocorrido) quanto de não fornecimento de alternativas de tratamento em saúde mental, embora solicitado por algumas participantes. Soma-se a isso o fato de que o atendimento por profissional de saúde mental (psiquiatra, psicólogo ou assistente social) ficou em boa parte restrito à demanda espontânea dos participantes ou ao fato de a mulher estar chorando. Apenas quatro casais (casais 1, 3, 10 e 11, sendo três deles em serviços públicos) afirmaram terem recebido a oferta de atendimento dessa natureza. Destes, os dois casais que efetivamente acessaram esses profissionais relataram inadequação e superficialidade das intervenções.

Permanecer na maternidade durante a PG foi caracterizado pelos participantes como “torturante”, “horrível”, “péssimo”, “doloroso”, “cruel”, “terrível”. Nos relatos, foi possível identificar indignação e sofrimento por ouvir choros de outros bebês, acompanhar gestantes parindo e famílias visitando os novos bebês. Tais situações despertaram sentimentos de raiva, tristeza e autocomiseração, bem como a sensação de não pertencer àquele espaço. Quanto ao contato com o bebê falecido, os participantes referiram dificuldades em tomar esse tipo de decisão devido ao seu estado emocional e ao pouco tempo disponível para decidir e para permanecer com o filho. Foram constatadas também falta de orientações, não construção de registros do bebê (como fotos, marca da mão ou do pé etc.) e arrependimento pela falta de um contato de melhor qualidade.

Tema transversal: Banalização da PG

Este aspecto foi percebido pelos participantes, implícita ou explicitamente, nas atitudes e comportamentos dos profissionais (comunicação deficitária e falta de acolhimento), em rotinas institucionais (privação de acompanhante e pouco tempo de contato com o bebê) e na organização dos serviços (internação na maternidade e cuidado insuficiente ou inexistente em saúde mental). Segundo os casais, a explicação para boa parte das falhas sentidas por eles era o não reconhecimento da PG como a perda de um bebê, ou seja, como um evento emocionalmente adverso e significativo.

Tema 5: Um bom atendimento é possível

Apesar do predomínio de relatos negativos, os participantes avaliaram positivamente alguns aspectos da assistência à PG, como a postura profissional acolhedora, o oferecimento de opções e o respeito à decisão da mulher (principalmente sobre via de parto e realização ou não de autópsia/pesquisa genética), o interesse e a rapidez de resolução da situação, o cuidado integral e humanizado (preocupação também com aspectos emocionais), a garantia do direito ao acompanhante e o respeito à privacidade sem abandono. No que tange aos aspectos de ambiência, uma boa estrutura dos serviços foi mencionada por alguns casais.

A comunicação efetiva foi bastante valorizada pelos participantes. Receber explicações e orientações,

ter sua perda reconhecida e poder conversar sobre ela, além de tranquilidade e cautela para comunicar más notícias foram apontados como aspectos positivos. Até mesmo informar a ausência de um diagnóstico ou a impossibilidade de identificação de uma causa foi avaliado positivamente pelos casais. Ainda, a comunicação não verbal adequada foi indicada como um auxílio para o recebimento da má notícia. Por fim, a percepção de cuidado centrado no usuário e não no serviço foi valorizada pelos casais, incluindo priorizar as pacientes em momentos de urgência, demonstrar preocupação com o acolhimento em detrimento do tempo de atendimento e das filas de espera, responsabilizar-se pelo cuidado e garantir sua continuidade e realizar encaminhamento responsável. As mulheres que foram internadas em alas afastadas da maternidade, ou que permaneceram em quartos isolados na maternidade, também perceberam essa atitude como forma de cuidado.

Discussão

A ausência de validação social do luto por PG é realidade em diferentes contextos culturais (Frøen et al., 2011). Os achados deste artigo são consonantes a essa situação já consagrada na literatura (Worden, 2013) e demonstram o quanto isso é encontrado também nos serviços de saúde. A banalização da PG foi destacada pela constituição do tema transversal. A falta de reconhecimento da PG indica uma falha no processo de acolhimento, diretriz essencial da Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2009), o que ajuda a explicar o sentimento de impotência relatado pelos casais. Esse sentimento é comumente identificado em mães, pais e até mesmo entre profissionais da saúde diante da PG (Faria-Schützer et al., 2014; Ministério da Saúde, 2012; Muza et al., 2013). Entretanto, a impotência tem sido tratada como algo inerente à perda e não como, ao menos em parte, influenciada pela relação estabelecida com o serviço de saúde, como identificado neste e em outro estudo (Serafim et al., 2021).

Por meio da percepção dos casais, constatou-se a institucionalização do não reconhecimento da PG nos serviços de saúde, perpassando as atitudes dos profissionais e as formas de organização dos serviços. No tocante ao relacionamento profissional-usuário, destacaram-se dificuldades na comunicação sobre a perda, práticas violadoras de direitos, desvalorização das perdas precoces e dificuldades no manejo do

contato com o bebê falecido. À nível da organização dos serviços, dificuldade na inclusão de profissionais de saúde mental e internação na maternidade foram percebidas como formas de não validação do impacto emocional da PG.

A morte é um tópico de especial dificuldade na comunicação (Serafim et al., 2021). Muitos participantes deste estudo ouviram que a PG era algo “normal”, implicando na sensação de que seu sofrimento era inadequado ou insignificante. Entretanto, para outros, saber que a PG é um evento frequente pareceu trazer alívio, por não se sentirem os únicos a vivenciar essa experiência. Assim, a maneira pela qual os profissionais se comunicam pode ser sentida como positiva ou negativa, a depender de características pessoais, conjugais e sociais dos envolvidos (Walsh, 2016), das circunstâncias em que a perda ocorreu (Worden, 2013) e da forma como são transmitidas as informações aos usuários (Marramon et al., 2011). A capacidade da equipe de comunicar sobre a PG é um dos aspectos determinantes para a percepção de atendimento humanizado (Fernandes et al., 2019; Deslandes, 2004).

Dessa maneira, a inclusão de temas como morte e luto na formação dos profissionais de saúde e em ações de educação continuada (Montero et al., 2011) é essencial, inclusive para aqueles que atuam nas maternidades e outros serviços obstétricos, tidos no imaginário social como locais de felicidade e vida (Serafim et al., 2021). Ademais, mudanças nas condições de trabalho também são necessárias, pois influenciam as práticas de comunicação e cuidado adotadas pelos profissionais (Deslandes, 2004). A sobrecarga de trabalho (Santos et al., 2012) e a ausência de treinamento para lidar com a saúde mental são fatores que podem estar relacionados com a percepção de negligência para com aspectos emocionais relatada pelos casais.

Ainda em relação às atitudes profissionais, muitas práticas referidas pelos participantes (como não fornecimento de analgesia, negação de acesso ao prontuário, hostilidade, gritos e atitudes culpabilizantes) podem ser classificadas como violência obstétrica, definida como aquela sofrida na assistência à gravidez, parto, pós-parto e abortamento (Diniz et al., 2015). De etiologia multifatorial e grande repercussão na saúde, constitui-se como complexo problema de saúde pública (Diniz et al., 2015). Uma revisão sistemática (Bohren et al., 2015) encontrou sete domínios

desta forma de violência, que pode ocorrer tanto no nível da relação mulher-profissional quanto nas falhas das instituições e do sistema de saúde. Dentre essas formas, algumas foram identificadas neste artigo, tais como estigma e discriminação, falha em alcançar os padrões de cuidado/atendimento e comunicação pobre.

Ainda não há, no Brasil, lei federal que defina a violência obstétrica e regule seu enfrentamento, apesar de sua prevalência de cerca de 25% (Venturi & Godinho, 2013). Os tipos mais relatados de violência obstétrica englobam não oferecimento/negação de analgesia, realização de exame de toque doloroso, ausência de informações sobre procedimentos realizados, gritos e recusa de atendimento (Venturi & Godinho, 2013). Tais achados, similares aos encontrados neste estudo, demonstram que, nas situações de PG, a violência obstétrica também ocorre, ampliando a vulnerabilidade física e emocional das mulheres e casais (Fernandes et al., 2019).

Quanto à garantia do direito ao acompanhante durante as internações por PG, identifica-se uma lacuna na legislação brasileira, o que pode explicar os resultados deste artigo. A Lei do Acompanhante, Lei nº 11.108 (2005), garante esse direito exclusivamente às “parturientes”, termo que tecnicamente exclui mulheres com PG precoce, que realizam outros procedimentos que não o parto propriamente dito (como exames ou curetagem). Também o documento do Ministério da Saúde (2011) referente à atenção humanizada ao abortamento não faz menção ao direito a um acompanhante, independentemente da idade gestacional da perda. Na prática, a presença de acompanhante está assegurada apenas para mulheres com PG tardia (ou seja, aquelas que realizam um parto). Contudo, menor tempo de gravidez no momento da perda não está relacionado com menor intensidade do processo de luto materno (Hutti et al., 2013), o que indica a importância do acompanhante e de cuidados em saúde mental também para casos de PG precoce. Nesse sentido, a literatura aponta que perdas ocorridas no início da gestação costumam receber cuidados de menor qualidade (Cassidy, 2018), o que pode estar relacionado ao fato de os profissionais não as considerarem como equivalentes ou representativas da morte de um bebê (Montero et al., 2011).

A PG, embora seja um evento difícil, pode ter sua assistência conduzida de maneira humanizada, evitando o agravamento do sofrimento dos casais e

fomentando a resiliência familiar. Para tanto, viabilizar a expressão do luto mostra-se fundamental nos momentos que se seguem à perda (Carvalho & Meyer, 2007; Muza et al., 2013). Uma das formas de viabilizar essa expressão nos serviços é a prática de ver e segurar o bebê falecido (Kersting & Wagner, 2012), o que tem sido apontado como importante para facilitar o processo de luto (Tseng et al., 2017). Uma revisão sistemática (Kingdon, Givens et al., 2015) identificou resultados positivos para pais que viram e seguraram seus bebês falecidos, enquanto um aumento na morbidade psicológica foi associado à escolha de não ver o bebê, ao pouco tempo despendido junto dele e a recordações insuficientes do filho, aspectos identificados como negativos pelos entrevistados. Embora pais e mães possam experimentar maior intensidade de sentimentos no momento do contato, isso não necessariamente indica problemas de saúde mental (Wilson et al., 2015). Este contato com o bebê auxilia os pais a se conectarem com a realidade, favorecendo o processo de luto (Bowlby, 2004). Como os profissionais de saúde são influência determinante para a decisão parental de ver ou não a criança (Kingdon, Givens et al. 2015; Kingdon, O'Donnell et al., 2015), é necessário que estejam aptos a conduzir este processo e a respeitar a decisão do casal.

Quanto à organização dos serviços, as falhas no cuidado em saúde mental podem ser consideradas uma forma de não reconhecimento do impacto emocional deste evento. No Brasil, a principal normativa ministerial sobre o tema (Ministério da Saúde, 2011) destaca o importante papel dos profissionais de saúde mental no suporte emocional às mulheres enlutadas por PG. Todavia, refere que estes devem integrar as equipes “quando possível”, imprimindo a ideia de que esse cuidado é dispensável, menos importante do que o cuidado clínico ou equivalente ao apoio humanizado (Correia, 2012). A literatura contrapõe-se a isso, ao indicar que os psicólogos devem ser capazes de integrar as equipes, colaborando ativamente na definição de rotinas para um atendimento adequado às demandas de saúde mental (Correia, 2012). Além disso, os hospitais deveriam compor equipes especializadas em luto (Ellis et al., 2016), com atuação baseada em evidências, flexibilidade de acesso e cuidado continuado, tendo como alvo toda a família (Donovan et al., 2015). Uma experiência brasileira (Souza et al., 2009) apontou que este tipo de serviço impactou positivamente não só os enlutados, mas também os próprios profissionais de saúde.

Na instituição hospitalar, o psicólogo pode atuar de forma vertical (também chamado de plantonista, consultoria ou interconsulta) ou horizontal, quando se insere na equipe multiprofissional (CFP, 2010). A forma de cuidado horizontal facilita o vínculo entre profissional e pessoa assistida, possibilitando um trabalho contínuo e mais efetivo (CFP, 2010). De acordo com Gorayeb (2001), muitos hospitais privados brasileiros ainda se mantêm em um modelo tradicional, focado nas profissões médicas (Medicina, Enfermagem), enquanto hospitais universitários tendem a apresentar equipes interdisciplinares, com maior integração entre seus membros. Destaca-se que três dos quatro casais que receberam oferta de cuidado em saúde mental estavam sendo atendidos em hospitais públicos.

A forma de atuação vertical pode sobrecarregar o paciente com a decisão pelo atendimento, como ocorreu entre alguns participantes deste estudo, favorecendo a fragmentação do cuidado e dificultando a presença do profissional em momentos importantes, como o contato com o bebê falecido. Ainda, baixos índices de dedicação exclusiva, baixos salários e baixo número de contratações regulares são frequentes entre os psicólogos hospitalares (Almeida, 2000; CFP, 2010; Marcon et al., 2004), o que também impacta na qualidade da assistência oferecida, evidenciada na ausência de suporte a situações como essa. Contudo, além de obstáculos institucionais a esse tipo de intervenção no contexto hospitalar, há que se considerar obstáculos relativos ao paciente (desconhecimento, receio do estigma, passividade) e à equipe (percepção de que a intervenção é pouco efetiva, que o sofrimento é inerente à perda ou mesmo a banalização do sofrimento decorrente de PG) (Correia, 2012).

Embora a quase totalidade dos casais tenha acessado hospitais no momento da PG, cinco deles acessaram também clínicas particulares de ecografia obstétrica. O casal 2 acessou somente clínicas de reprodução assistida. A percepção de ausência de acolhimento e cuidado em saúde mental também foi identificada nessas clínicas de ecografia obstétrica e reprodução assistida, locais nos quais, muitas vezes, acontece ou é confirmada a PG (Fernandes et al., 2019). Ainda, o tipo de serviço acessado (público ou privado), por si só, não pareceu determinar as percepções dos casais. Embora, no Brasil, os serviços privados apresentem melhores índices de satisfação dos usuários (Leal & Gama, 2016), os achados

deste artigo demonstraram falhas quanto ao atendimento à PG também nesses serviços, devendo ser alvo de melhorias.

Um importante resultado foi o impacto emocional negativo da internação na maternidade após uma PG. Outras pesquisas já consideraram esta prática inadequada (Bertolani & Oliveira, 2010; Peters et al., 2016; Santos et al., 2012), principalmente em função da falta de privacidade desses locais (Diniz et al., 2015). Entretanto, sabe-se dos desafios enfrentados pelos hospitais brasileiros, como superlotação e processo de trabalho fragmentado (Ministério da Saúde, 2009), que podem dificultar a adoção de medidas como a internação em ala ou quarto separado.

Esse panorama retrata entraves para um adequado cuidado à PG nos serviços, ao mesmo tempo em que denota o potencial das equipes para oferecer um atendimento integral e humanizado. No contexto da saúde materna e perinatal, a prática da prevenção quaternária, ou seja, a contenção dos efeitos prejudiciais dos serviços de saúde sobre os usuários, é indissociável das evidências científicas, da humanização da atenção e do combate à violência obstétrica (Souza & Pileggi-Castro, 2014). Um importante avanço seria a construção de diretrizes clínicas para a atenção ao luto perinatal (Montero et al., 2011), que considerassem a identificação da paciente que sofreu PG, a garantia de acompanhante, a internação em área isolada, o oferecimento espontâneo de cuidado em saúde mental, o apoio à tomada de decisão quanto ao contato com o bebê, a produção de registros da criança (foto, carimbo do pé), o encaminhamento à rede de atenção após a alta, a educação continuada às equipes e o fornecimento de apoio emocional aos profissionais que lidam com esse tipo de situação.

Diniz e colaboradores (2015) propuseram três eixos de ação para o enfrentamento da violência obstétrica, que podem ser empregados para a melhoria da atenção à PG: a) Intervenções na formação dos recursos humanos; b) Intervenções para informar e fortalecer a autonomia de usuárias e famílias; e c) Visibilidade do tema e responsabilização, com implicação de diferentes atores e desenvolvimento de pesquisas. Os achados deste artigo possibilitam acrescentar a esses eixos a valorização e adequada inserção dos psicólogos e demais profissionais de saúde mental nos hospitais, para a efetivação do cuidado integral à PG.

Cabe destacar que a satisfação com o atendimento recebido é influenciada pela expectativa

dos usuários, pela sua capacidade crítica e pelo seu nível de aceitação diante da assistência recebida (por exemplo, avaliar positivamente o serviço apenas pelo fato de receber atendimento) (D'Orsi et al., 2014). Por isso, a percepção dos participantes não retrata necessariamente a qualidade do serviço prestado.

Considerações finais

Este artigo analisou percepções e sentimentos de casais sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde acessados em função de PG. Ao incluir o casal, o estudo inova ao considerar não apenas a percepção do usuário do serviço, mas também de seu acompanhante. Predominaram percepções negativas, destacando-se dificuldades na comunicação sobre a perda, práticas violadoras de direitos, desvalorização das perdas precoces, falta de suporte para o contato com o bebê falecido, bem como dificuldades relativas à internação na maternidade e ao atendimento em saúde mental. Estes aspectos sugerem que o não reconhecimento social da PG possa estar institucionalizado nos serviços de saúde. Contudo, também foram citados aspectos constitutivos de um bom atendimento nesses locais.

Apesar da potencialidade desta pesquisa para subsidiar reflexões sobre a assistência e mudanças nessas práticas, cabe destacar algumas limitações. Não foi considerada a visão de profissionais e gestores sobre o tema. Ainda, pode ter ocorrido um viés de seleção da amostra, uma vez que casais que não viveram intercorrências nos serviços podem não ter se motivado a participar do estudo. O tempo de até cinco anos desde a ocorrência da PG pode ser uma

limitação do estudo pelo viés da memória. Entretanto, outras análises identificaram que, devido à forte carga emocional do evento, pais enlutados por PG tendem a lembrar-se vividamente do tratamento em saúde recebido mesmo depois de anos (Nuzum et al., 2018). Apesar das limitações apontadas, a variedade de serviços de saúde acessados em diversos estados brasileiros pode ter proporcionado maior diversidade aos achados desta pesquisa.

Quanto aos serviços de saúde, pesquisas futuras podem ocupar-se da qualidade do cuidado prestado aos casais em clínicas de reprodução assistida e de ecografia obstétrica. Ainda, estudos qualitativos comparativos podem melhor abordar semelhanças e diferenças na percepção do cuidado recebido em serviços públicos e privados, recrutando os participantes nos próprios serviços de saúde.

A PG é um fenômeno de alta prevalência, porém, ainda negligenciado, demonstrado pelas lacunas nas legislações, políticas públicas e investigações científicas. Estas se traduzem em falhas na assistência, decorrentes tanto da formação dos profissionais quanto da organização do sistema de saúde. Isso pode tornar o contato com profissionais e serviços um fator estressor às famílias e não promotor de resiliência. De forma a aprimorar o cuidado às famílias enlutadas por PG, é necessário investir na qualificação profissional, na ampliação da visibilidade do tema entre diferentes atores (famílias, população geral, gestores e legisladores) e na reorganização dos serviços, considerando uma diretriz clínica para atenção ao luto perinatal, com destaque para o fortalecimento da inserção de equipes de saúde mental e do psicólogo no contexto hospitalar.

Referências

- Al-Maharma, D. Y., Abujaradeh, H., Mahmoud, K. F., & Jarrad, R. A. (2016). Maternal grieving and the perception of and attachment to children born subsequent to a perinatal loss. *Infant Mental Health Journal, 37*(4), 411-423. <https://doi.org/10.1002/imhj.21570>
- Almeida, E. C. (2000). O psicólogo no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão, 20*(3), 24-27. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000300005>
- Bertolani, G. B. M., & Oliveira, E. M. (2010). Mulheres em situação de abortamento: Estudo de caso. *Saúde e Sociedade, 9*(2), 286-301. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200006>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med, 12*(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bowlby, J. (2004). *Perda: Tristeza e depressão* (3a ed., Vol. III). Martins Fontes.

- Braun, V., Clark, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences* (p. 2248). Springer.
- Camarneiro, A. P. F., Maciel, J. C. S. C., & Silveira, R. M. G. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: Um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(IV), 109-117. <https://doi.org/10.12707/RIV14064>
- Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: Aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, LVII(126), 33-48.
- Cassidy, P. R. (2018). Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: Results from an online survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(22), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1630-z>
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Atuação dos psicólogos nos serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde-SUS*. CFP.
- Correia, M. D. J. (Ed.) (2012). *A psicologia na saúde da mulher e da criança: Intervenções, práticas e contextos numa maternidade*. Placebo.
- D'Orsi, E., Brüggemann, O. M., Diniz, C. S. G., Aguiar, J. M., Gusman, C. R., Torres, J. A., Angulo-Tuesta, A., Rattner, D., & Domingues, R. M. S. M. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar. *Caderno de Saúde Pública*, 30(Sup), 154-168. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>
- Dias, N., Brandon, D., Haase, J. E., & Tanabe, P. (2017). Bereaved Parents' Health Status During the First 6 Months After Their Child's Death. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(6), 829-839. <https://doi.org/10.1177/1049909117744188>
- Diniz, S. G., Salgado, H. O., Andrezzo, H. F. A., Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. A., & Niy, D. Y. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: Origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-386. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Donovan, L. A., Wakefield, C. E., Russell, V., & Cohn, R. J. (2015). Hospital-based bereavement services following the death of a child: A mixed study review. *Palliative Medicine*, 29(3), 193-210. <https://doi.org/10.1177/0269216314556851>
- Due, C., Chiarolli, S. & Riggs, D.W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(380). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(16), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Faria-Schützer, D. B., Neto, G. L., Duarte, C. A. M., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2014). Fica um grande vazio: Relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 5(2), 113-132. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n2p113>
- Fernandes, I. B., São Bento, P. A. S., Xavier, R. B. (2019). Experiências de mulheres no gestar e parir fetos anencéfalos: as múltiplas faces da violência obstétrica. *Interface*, 23, e170757. <https://doi.org/10.1590/Interface.170757>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Frøen, J. F., Cacciatore, J., McClure, E. M., Kuti, O., Jokhio, A. H., Islam, M., & Shiff, J. (2011). Stillbirths: Why they matter. *Lancet*, 377(1), 1353-1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62232-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62232-5)
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 263-278). UEL.
- Hutti, M. H., & Limbo, R. (2019). Using theory to inform and guide perinatal bereavement care. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(1), 20-26. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000495>

- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2013). Evaluation of the perinatal grief intensity scale in the subsequent pregnancy after perinatal loss. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(6), 697-706. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12249>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
- Kingdon, C., Givens, J. L., O'Donnell, E., & Turner, M. (2015). Seeing and holding baby: Systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. *BIRTH*, 42(3), 206-218. <https://doi.org/10.1111/birt.12176>
- Kingdon, C., O'Donnell, E., Givens, J., & Turner, M. (2015). The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS ONE*, 10(7), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130059>
- Krosch, D. J., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 425-433. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/tra0000183>
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Waiswa, P., Amouzou, A., Mathers, C., Hogan, D., Flenady, V., Frøen, J. E., Qureshi, Z. U., Calderwood, C., Shiekh, S., Jassir, F. B., You, D., McClure, E. M., Mathai, M., & Cousens, S. (2016). Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*, 387(2), 587-603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- Leal, M. C., & Gama, S. G. N. (2016). *Nascer no Brasil: Sumário executivo temático da pesquisa*. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/Sum%C3%A1rio-executivo-I.pdf>
- Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. (2005, 7 de abril). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Presidência da República. <https://legis.senado.leg.br/norma/570557/publicacao/15722854>
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1120-1138. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001582014>
- Marcon, C., Luna, I. J., & Lisbôa, M. L. (2004). O psicólogo nas instituições hospitalares: Características e desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 28-35.
- Marramon, R., Levandowski, D. C., & Wendland, J. (2011). Experiências e percepções de mães adolescentes sobre o atendimento de saúde para o bebê. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 4(2), 215-227.
- Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Secretaria executiva, núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
- Ministério da Saúde. (2011). *Atenção humanizada ao abortamento: Norma técnica*. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). *Gestação de alto risco: Manual técnico*. Ministério da Saúde. www.saude.gov.br/saudemulher
- Ministério da Saúde. (2013). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Ministério da Saúde. (2014). *Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para profissionais de saúde - Cuidados Gerais*. Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
- Montero, S. M. P., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V., & Tirado, M. B. R. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405-1412. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>
- Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. da R., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34-48. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/03.pdf>

- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS ONE*, 13(1), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
- Parkes, C. M. (2009). *Amor e perda: As raízes do luto e suas complicações*. Summus.
- Peters, M. D. J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Providing meaningful care for families experiencing stillbirth: A meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Perinatology*, 36, 3-9. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.97>
- Rios, T. S., Santos, C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: Relato de experiência. *Revista de Psicologia Da IMED*, 8(1), 98-107. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n1p98-107>
- Santos, C. S., Marques, J. F., Carvalho, F. H. C., Fernandes, A. F. C., Henriques, A. C. P. T., & Moreira, K. A. P. (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery*, 16(2), 277-284. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000200010>
- Serafim, T., Camilo, B., Carizani, M., Gervasio, M., Carlos, D., & Salim, N. (2021). Atenção à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>
- Siassakos, D., Jackson, S., Gleeson, K., Chebsey, C., Ellis, A., & Storey, C. (2018). All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125, 160-170. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14765>
- Souza, A. M., Moura, D. S. C., & Corrêa, V. A. C. (2009). Implicações do pronto-atendimento psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 534-545. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300008>
- Souza, J. P., & Pileggi-Castro, C. (2014). Sobre o parto e o nascer: A importância da prevenção quaternária. *Caderno de Saúde Pública*, 30(Sup), 11-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114>
- Tseng, Y. F., Cheng, H. R., Chen, Y. P., Yang, S. F., & Cheng, P. T. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5133-5142. <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>
- Venturi, G., & Godinho, T. (2013). *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: Uma década de mudanças na opinião pública*. Fundação Perseu Abramo.
- Vescovi, G., & Levandowski, D. C. (2017). Vivências de perda gestacional: Um estudo qualitativo sobre resiliência familiar. [Projeto de pesquisa não publicado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Volgsten, H., Jansson, C., Svanberg, A. S., Darj, E., Stavreus-Evers, A. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*, 64, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.003>
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. Roca.
- Walsh, F. (2016). *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade* (4a ed.). Artmed.
- Wheeler, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25(1), 51-66. <https://doi.org/10.1080/07481180126147>
- Williams, H. M., Topping, A., Coomarasamy, A., & Jones, L. L. (2020). Men and Miscarriage: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Qualitative Health Research*, 30(1), 133-145. <https://doi.org/10.1177/1049732319870270>
- Wilson, P. A., Boyle, F. M., & Ware, R. S. (2015). Holding a stillborn baby: The view from a specialist perinatal bereavement service. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55, 337-343. <https://doi.org/10.1111/ajo.12327>
- Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental* (4a ed.). Roca.

Gabriela Vescovi

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS. Brasil.

E-mail: gabriela.vescovi@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6747-8744>

Daniela Centenaro Levandowski

Professora Associada, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre – RS. Brasil. Bolsista Produtividade em Pesquisa (CNPq).

E-mail: danielal@ufcspa.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0002-6338-7287>

Agradecimentos e fonte de financiamento.

À CAPES e ao CNPq. Aos casais participantes desta pesquisa.

Endereço para envio de correspondência:

Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 212, Bairro Santa Cecília. CEP: 90035-003. Porto Alegre – RS. Brasil.

Recebido 11/05/2021

Aceito 19/01/2022

Received 05/11/2021

Approved 01/19/2022

Recibido 11/05/2021

Aceptado 19/01/2022

Como citar: Vescovi, G., & Levandowski, D. C. (2023). Percepção sobre o cuidado à perda gestacional: Estudo qualitativo com casais brasileiros. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252071>

How to cite: Vescovi, G., & Levandowski, D. C. (2023). Perceptions on Pregnancy Loss Care: a Qualitative Study with Brazilian Couples. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252071>

Cómo citar: Vescovi, G., & Levandowski, D. C. (2023). Percepción sobre la atención a la pérdida del embarazo: Estudio cualitativo con parejas brasileñas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252071>