



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

**O CHEIRINHO DE DESPEDIDA: A EXPERIÊNCIA DO
ÓBITO PERINATAL E ELABORAÇÃO DO LUTO PELOS
PAIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS EM FORTALEZA**

ANA AMÉLIA REIS JEREISSATI

**FORTALEZA-CE
2013**

ANA AMÉLIA REIS JEREISSATI

**O CHEIRINHO DE DESPEDIDA: A EXPERIÊNCIA DO
ÓBITO PERINATAL E ELABORAÇÃO DO LUTO PELOS
PAIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS EM FORTALEZA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Saúde Coletiva da Universidade de
Fortaleza como requisito parcial para obtenção
do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Marilyn Kay Nations, PhD

**FORTALEZA-CE
2013**

J55c Jereissati, Ana Amélia Reis.
luto O cheirinho de despedida: a experiência do óbito perinatal e elaboração do
2013. pelos pais em hospitais públicos em Fortaleza / Ana Amélia Reis Jereissati. -
51 f.
Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2013.
“Orientação: Profa. Dra. Marilyn Kay Nations.”
1. Óbito perinatal . 2. Luto. 3. Humanização hospitalar. I. Título.

CDU 393.7(043.3)

ANA AMÉLIA REIS JEREISSATI

O CHEIRINHO DE DESPEDIDA: A EXPERIÊNCIA DO ÓBITO PERINATAL E ELABORAÇÃO DO LUTO PELOS PAIS EM HOSPITAIS PÚBLICOS EM FORTALEZA.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

A citação de qualquer trecho desta Dissertação é permitida, desde que seja feita de acordo com as normas da ética científica.

Área de Concentração: Promoção da Saúde
Linha de pesquisa: Cultura e Humanização em Saúde

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Marilyn Kay Nations
Orientadora – Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Prof^a. Dra. Maria do Socorro Cavalcante
Membro Efetivo – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Prof. Dr. Rosendo Amorim
Membro Efetivo – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof^a. Dra. Mirna Albuquerque Frota
Membro Suplente – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Ao meu esposo, Vitor, que foi um grande incentivador deste projeto, pela compreensão nos momentos de ausência e por todo o seu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar coragem para vencer os desafios da vida, sempre iluminando o caminho certo a seguir e fazendo-me acreditar que nada é impossível.

Ao meu esposo que com empenho e dedicação me apoiou, sendo fiel companheiro na busca por meus ideais profissionais. Obrigada pelo amor incondicional.

À minha mãe e ao meu pai que me deram o dom da vida e me ensinaram a ir em busca dos meus ideais com humildade e dignidade.

À minha irmã Rose que me ajudou a crescer como pessoa e que sempre esteve presente durante a minha caminhada.

À minha orientadora Marilyn, que aceitou a proposta de me orientar durante dois anos, confiando na minha competência acadêmica e compromisso com a pesquisa, oportunizando e mostrando novas possibilidades no mundo acadêmico.

À Prof^ª. Dra. Maria do Socorro Cavalcante, por estar sempre presente na minha vida acadêmica, compartilhando seus conhecimentos e por me dar incentivo e apoio na execução de pesquisas científicas e no meu engrandecimento profissional.

Ao Prof. Dr. Rosendo Amorim, por ter aceito o convite para participar da banca de qualificação e de defesa do mestrado. Sempre disposto a compartilhar os seus conhecimentos sob a ótica da filosofia.

Às minhas amigas do Mestrado, Paula Pessoa, Yluska Paulino, Liliane Holanda, Rafaele Borges, Candice Torres de Melo e Carminda Lamboglia por terem compartilhado comigo as angústias e tensões de se elaborar uma dissertação, pelas palavras de apoio e pelos momentos maravilhosos que compartilhamos durante esse período.

Às equipes de trabalho dos hospitais em que realizei a pesquisa, que estiveram disponíveis para ajudar e apoiar, compreendendo e valorizando a importância do meu estudo.

Às mães enlutadas e seus familiares que, apesar de muita dor e sofrimento, dispuseram-se a compartilhar de suas experiências.

Ao Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza pela oportunidade.

“É preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser conhecer as borboletas. Dizem que são tão belas”.

Antoine de Saint-Exupéri
(O Pequeno Príncipe)

RESUMO

Diante do cenário nacional para redução e humanização da mortalidade neonatal, torna-se imprescindível conhecer de que maneira este agravo é interpretado pelas mães enlutadas na tentativa da adoção de medidas e estratégias eficazes para a elaboração do luto de uma maneira menos traumática. O objetivo deste trabalho é contextualizar a experiência do óbito perinatal e elaboração do luto pelos pais em dois hospitais públicos, comparáveis, localizados em Fortaleza, Ceará. Para descrever o contexto em que ocorre a morte perinatal, foi utilizada a técnica da observação participante, com anotações feitas em diário de campo, construindo uma descrição densa de todo o contexto. Com o intuito de avaliar criticamente a conduta da equipe de sala de parto, diante do óbito perinatal, foram realizadas entrevistas etnográficas mescladas com narrativas de momentos vividos e observação-participante. Para captar e comparar a reação vivenciada pelos pais diante da comunicação do óbito perinatal em ambos os ambientes hospitalares, foi desvelada a maneira como foi dada a notícia do óbito e o momento da despedida. Foram feitas no diário de campo anotações relacionadas à maneira, ao local em que a notícia foi dada e aos rituais fúnebres. A reação dos pais e profissionais, também foi observada. Após a transcrição, os dados foram analisados segundo a metodologia “Análise dos Sistemas de Signos, Significados e Ações”. Foi possível identificar que apesar de muito já ter sido feito como a implantação do parto humanizado, muito ainda precisa ser feito, como a conscientização dos profissionais de saúde, a melhora nas estruturas hospitalares para poder receber e realizar adequadamente o parto humanizado, e conseqüentemente, humanizar o óbito perinatal e a integração, conscientização e comprometimento da equipe multidisciplinar. Uma sugestão seria que as mães enlutadas deveriam receber um suporte psicológico a curto e médio prazo para elaboração saudável do luto neonatal. Apenas a formulação da lei e estabelecimento da obrigatoriedade em realizar o parto humanizado, em ambiente hospitalar e com acompanhante é insuficiente.

Palavras-chave: Óbito perinatal. Luto. Humanização da Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

Against the national scenario for reducing neonatal mortality and humanization, it becomes essential to know in what way this aggravating situation is interpreted by the grieving mothers in an attempt of adoption of effective actions to face the grief in a less traumatic way. The reason of this work is to show the experience of perinatal death and the elaboration of mourning by their parents in two public hospitals located in the city of Fortaleza, Ceará. To describe the context in which occurs the perinatal death was used the technique of participant observation, with entries made in field journal, building a dense description of the whole context, with entries made in local journal, building a dense description of the whole context. In order to critically evaluate the conduct of the delivery room team, in front of perinatal death, were carried out ethnographic interviews merged with, narratives of lived moments and of participant observation. To capture and compare the reaction experienced by parents on the announcement of perinatal death in both hospital environments, was unveiled the way was given the news of death, and the moment to say goodbye. There were taken notes in the journal, related to the place where the news was given as well as the funeral rituals. The reaction of parents and professionals, was also observed. After transcription, the data were analyzed according to the methodology "Analysis of the Systems of signs, meanings and actions". It was possible to identify the improvement in hospital structures in order to receive and carry out properly the humanized childbirth, and therefore humanize the perinatal death and integration, awareness and commitment of the multidisciplinary team. We suggest that bereaved mothers should receive a psychological support in the short and medium term for healthy development of neonatal mourning. Only through the law and establishment of the obligation to carry out the humanized childbirth in hospital environment and with escort, it is insufficient.

Key words: Perinatal death. Mourning. Humanization of Hospital Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O estado gravídico	11
1.2 O imaginário e a gravidez	13
1.3 O trabalho de parto	14
1.4 Humanização do parto	16
1.5 Óbito perinatal.....	18
1.6 A despedida.....	20
1.7 O óbito para o profissional de saúde	21
1.8 Enfrentando o luto	21
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral.....	26
2.2 Objetivos específicos	26
3 METODOLOGIA	27
3.1 Local de realização da pesquisa	28
3.2 População	29
4 ARTIGO 1 - CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA.....	32
4.1 Resumo	32
4.2 Abstract.....	32
4.3 Introdução	33
4.4 Métodos	33
4.5 Resultados.....	34
4.5.1 O anúncio da morte.....	34
4.5.2 Elemento surpresa (a reação da morte).....	36
4.5.3 A notícia (a reação à notícia).....	38
4.5.4 A dor do parto.....	39
4.5.5 O desejo, a curiosidade	40
4.5.6 O trato dos corpos	41

4.6 Discussão	41
4.7 Referências.....	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXO.....	51

1 INTRODUÇÃO

1.1 O estado gravídico

Conquanto o início da fertilidade possa ocorrer já aos 10 anos de idade, a gravidez tem as melhores condições, do ponto de vista biológico, a partir de 18-20 anos. O período do mais perfeito desempenho dura cerca de uma década, até os 30 anos, quando os riscos para a mãe e para a criança começam a crescer. Acima de 35 anos as mulheres, regra geral, não deveriam mais conceber, tão expressivo o índice de malformações do concepto e de distorcias (REZENDE, 2010).

Muito importante o diagnóstico precoce de gravidez. Os sinais e sintomas são agrupados em presunção, probabilidade e certeza. Os sinais de presunção aparecem com quatro semanas de amenorreia, ou seja, é o sinal mais precoce em que, nas mulheres que menstruam normalmente e que têm vida sexual ativa, ocorre ausência do período menstrual, pressupondo gravidez. Já na quinta semana, começam os sinais de náuseas e congestão mamária. E por fim, na sexta semana, os sinais de micção frequente, polaciúria, contribuem para a presunção da gravidez.

O sinal de probabilidade, ainda na sexta semana, ocorre quando há atraso menstrual, após 10 a 14 dias, e no exame físico percebe-se aumento do volume uterino. Na oitava semana, as alterações na consistência uterina e na forma do útero podem ser percebidas. Na décima sexta semana ocorre o aumento do volume abdominal.

Na mulher não grávida, o útero fica na pelve menor. A fim de acomodar o concepto em crescimento, o útero aumenta de tamanho. Ele também aumenta de peso e suas paredes adelgaçam. Durante o primeiro trimestre, o útero sai da cavidade pélvica e, com 20 semanas, alcança a região do umbigo. Com 28 a 30 semanas, alcança a região epigástrica – área situada entre o processo xifoide do esterno e o umbigo (MOORE, 2004).

O período que vai da quarta a oitava semana do desenvolvimento, constitui a maior parte do período embrionário; entretanto, eventos críticos também ocorrem durante as três primeiras semanas, tais como: clivagem do zigoto, blastogênese e o desenvolvimento inicial dos sistemas nervoso e cardiovascular. Todas as principais estruturas se estabelecem da quarta à oitava semana. No final do período da organogênese, os principais sistemas de órgãos já começam a se desenvolver; entretanto, o funcionamento da maioria deles é mínimo com exceção do sistema cardiovascular. Com a formação dos tecidos e órgãos, a forma do embrião muda e no final da oitava semana, o embrião apresenta um aspecto nitidamente humano (MOORE, 2004).

Finalmente, os sinais de certeza ocorrem a partir da décima quarta semana com a presença dos batimentos cardíacos. Na décima oitava semana, é possível perceber e palpar os movimentos ativos do feto e é possível a palpação dos segmentos fetais como cabeça e membros (REZENDE, 2010).

As alterações que ocorrem na gestante são resultantes das mudanças hormonais e mecânicas. A postura da mulher grávida se desarranja, precedendo mesmo a expansão de volume do útero da gestante. Quando, porém, a matriz evadida da pelve apoia-se à parede abdominal e as mamas dilatadas e engrandecidas pesam no tórax, o centro de gravidade se desvia para diante. Todo o corpo se joga para trás, compensatoriamente. A atitude adotada é então, de modo involuntário, a de quem carrega objeto pesado mantendo-o com as duas mãos adiante do abdome (REZENDE, 2010).

Os intrincados processos pelos quais um bebê se desenvolve, a partir de uma única célula, são miraculosos, e poucos eventos são mais excitantes do que a visão que a mãe tem de seu bebê durante um exame de ultrassonografia (MOORE, 2004).

No entanto, a gestação é vivenciada por grande parte das mulheres como momento de plenitude e poder, a realização de um desejo; para outras, a esperança da reconstrução da vida afetiva e familiar. Permeado por ambivalência dos sentimentos, por um lado a mulher se sente frágil, e também ansiosa, porém, conforta-se no imaginário de ter sido agraciada por uma bênção. Essa fantasia onipotente acaba por criar um espaço propício para o desenvolvimento de eventos traumáticos, caso ocorra algo inesperado, que fuja ao seu controle, como é o caso do óbito perinatal.

1.2 O imaginário e a gravidez

A chegada de um bebê, que possa se constituir como bebê humano, pressupõe a sua espera. É na antecipação de sua chegada, tecida a partir de identificações e fantasias, que algo da ordem da ambiência psíquica pode ser construído para recebê-lo (LACONELLI, 2007).

Este espaço psíquico, que tem seu correlato no real com a construção de um espaço físico – quarto, enxoval, transformações corporais – vai sendo tecido desde as primeiras identificações da menina com seus pais, nas suas brincadeiras de boneca, em seus sonhos de adolescentes (LACONELLI, 2007).

De acordo com Laconelli; Winnicott, em 2000, ao escrever sobre a percepção materna primária, não deixa de apontar o quanto de patológico haveria neste estado fora do contexto do ciclo gravídico – puerperal: “Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê, sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença, e recupera-se dele”. A palavra “doença” foi introduzida porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver este estado, quanto para recuperar-se dele à medida que o bebê a libera. Caso o bebê morra, o estado da mãe repentinamente revela-se uma doença. A mãe corre este risco (LACONELLI, 2007).

Algo da discriminação entre o real e o imaginário torna-se tênue. O objeto vai sendo investido libidinalmente a partir deste lugar de projeções e identificações. O narcisismo materno engloba o objeto para depois, com a chegada do bebê, ir fazendo o luto da fantasia. Sem esta construção do “berço psíquico” feito pelo adulto que cuidará dele, o bebê viveria a catastrófica experiência de queda da construção psíquica, deslizando da ordem do humano, ficando aquém da possibilidade de constituição de um Eu, vivendo o puro real do corpo (LACONELLI, 2007).

No entanto, quando ocorre a impossibilidade do preenchimento dessas expectativas pelo bebê, por motivo de malformações graves e até mesmo falecimento, o psiquismo da mãe, que já estava frágil durante a gestação, sofre abalos que muitas vezes torna a recuperação da saúde mental muito difícil e, em alguns casos, até mesmo impossível.

De acordo com algumas das teorias de Freud, o luto é um trabalho psíquico e que não requer tratamento. No entanto, é necessário que o psiquismo concretize algumas condições ao longo do tempo. Dentre essas condições, podemos citar o investimento e desinvestimento de

cada lembrança relacionada ao bebê, a noção da realidade na qual está inserida, incluindo o reconhecimento da dor pela qual esta pessoa está passando, e, por último, a elaboração de experimentar ao mesmo tempo, sentimentos opostos, ambivalência.

Alguns estudos mostram a importância na melhoria dos sofrimentos dos pais quando são incentivados a exercer algum ato com o bebê real, exceto, em casos de má formação grave. Quando os pais têm esse desejo, e estes são realizados, favorecendo assim um teste da realidade, ocorre uma superação saudável e o desejo de ter outro filho passa a ocorrer naturalmente e não para preencher o espaço do outro (BRASIL, 2006).

Enquanto alguns aspectos da relação pai – filho podem ser pré-programados desde a concepção, cada um desdobra-se e desenvolve-se dentro de um contexto familiar, cultural e social.

1.3 O trabalho de parto

O parto é o processo durante o qual o feto, a placenta e as membranas fetais são expelidos do trato reprodutor materno. O trabalho de parto é a sequência de contrações uterinas involuntárias que resultam na dilatação do colo uterino e na saída do feto e da placenta do útero. Os fatores desencadeadores do trabalho de parto não são totalmente compreendidos, mas vários hormônios estão relacionados com o início das contrações (REZENDE, 2010).

Há de se considerar o trabalho de parto como síndrome (conjunto de sinais e sintomas). Os elementos que a compõem não têm, isoladamente, valor absoluto e é somente o conjunto deles, fiador da precisão. De forma esquemática, podem ser considerados:

1. Contrações dolorosas, rítmicas (no mínimo duas em dez minutos), que se estendem a todo o útero e têm duração de 50 a 60 segundos.
2. Colo apagado nas primíparas e dilatado para dois centímetros; nas multíparas, semiapagado e com três centímetros de dilatação.
3. Formação da bolsa das águas.
4. Perda do tampão mucoso, denunciando o apagamento do colo (REZENDE, 2010).

Dá-se a fase de dilatação, em que a partir deste momento as contrações irão ser cada vez mais próximas e, dependendo de cada paciente, em algumas horas, a criança terá nascido.

No início do século passado, o parto era atendido, na grande maioria das vezes, em casa, por parteiras. As famílias tinham muitos filhos, a superação das dificuldades das condições de vida daquela época era notória. Não existia antibiótico, também não existiam conceitos básicos como transmissão de infecção pelas mãos. A partir da década de 40, começou então a procura por partos em maternidades, sendo que, ao final do século, era raridade o parto domiciliar.

No século XX, presenciou-se um entusiasmo crescente com as possibilidades do desenvolvimento industrial, que influenciou todos os setores da atividade humana. No setor Saúde, o componente técnico foi privilegiado em relação ao componente do cuidado, e a racionalidade mecânica ou industrial, apenas com a função da produtividade foi aplicada ao atendimento dos muitos aspectos da atenção (RATTNER, 2009).

Embora a assistência ao nascimento não seja uma doença, também seguiu o padrão industrial, com a banalização do parto cirúrgico, fazendo a marcação de cesarianas como se fosse uma mera fábrica de produtividade. Com o agendamento dos partos, tornou-se cômodo para familiares e profissionais de saúde o estabelecimento de dia e horário para o que deveria acontecer naturalmente. Com isso, o homem, acaba por ganhar tempo e evitar imprevistos.

De acordo com a mecanização da medicina, os partos passaram a ser uma rotina, que deveria seguir um só ritmo esquecendo-se da subjetividade humana. A dor começou a ser reprimida e muitas vezes a mulher deve ficar “insensível” a um dos momentos mais importantes de suas vidas, que é o nascimento do filho.

Essa visão desumanizada e mecanizada tem sido adotada acriticamente na academia, e os profissionais a incorporam ainda durante a sua formação, uma vez que um dos mais tradicionais livros-texto de obstetrícia utiliza a metáfora “motor - objeto - trajeto” para explicar os mecanismos do parto: o útero seria o motor, o feto seria o objeto e o canal vaginal se constituiria em trajeto (REZENDE, 1992) – uma redução que desconsidera os seres humanos envolvidos e a riqueza desse processo que, além de biológico, tem sido abordado como fenômeno cultural, social, sexual e espiritual, numa concepção holística (RATTNER, 2009).

1.4 Humanização do parto

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde adota uma perspectiva abrangente de compreensão do termo, integrando várias dimensões, uma vez que entende que “no campo da saúde, humanização diz respeito à uma aposta ético-estético-política; ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética, porque relativa ao processo de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política, porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (RATTNER, 2009).

A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Rattner (2009) tipificou os modelos de parto em tecnocrático, humanista e holístico. O modelo tecnocrático foi adotado no Ocidente, principalmente nas Américas e é caracterizado por institucionalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes dispensável), o que acaba por atender, preferencialmente a conveniência do profissional de saúde. Decorrente deste modelo ocorreu aumento nas taxas de cesarianas, tricotomias, episiotomias, uso de medicações para “acelerar” o parto (ocitocina) e o risco da exposição do recém-nascido a intervenções médicas como reanimação, intubação e a utilização de recursos das Unidades de Terapia Intensiva.

O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e do seu bebê, procurando ser o menos invasivo possível. Quando necessário, faz uso de tecnologia, sendo a assistência caracterizada pelo acompanhamento do trabalho de parto, de forma natural, respeitando a

mulher, o recém-nascido e principalmente a forma como o seu corpo reage aos estímulos da própria natureza. A mulher é assistida de forma contínua e, caso precise, é realizada a intervenção. A presença de acompanhante é incentivada e a mulher escolhe a melhor posição para ter o seu filho. Neste modelo de parto, a profissional de eleição é a parteira e caso seja necessário, o médico poderá ser solicitado. O ambiente mais adequado seria as casas de parto ou até mesmo os domicílios, no entanto, nada impede que aconteça também em ambiente hospitalar.

O modelo holístico, por sua vez, é pautado pela sua individualidade do cuidado e entende o parto como sendo um evento biológico, social, cultural, sexual e interpreta também como espiritual.

No início da década de 1990, a informação circulante na sociedade, decorrente da atuação de ativistas pela humanização, deixava claro que o modelo de atenção ao nascimento e ao parto era inadequado, com excesso de intervenções e desrespeitando aos direitos da mulher (RATTER, 2009).

Estudos comprovam que mulheres que têm suporte emocional durante o trabalho de parto diminuem a probabilidade da necessidade do uso de analgesia. O parto natural geralmente ocorre com sucesso, tornando-se desnecessário intervenções cirúrgicas (BUSS, 2007).

Assumidamente como política pública pioneira, foi a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro que, como alegoria de sua política por mulheres ousadas, em 1994, denominou Maternidade Leila Diniz o Hospital Laboratório de novas práticas de atenção. O Estado do Rio de Janeiro foi pioneiro ao publicar resolução determinando a obrigatoriedade de acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e no parto nos hospitais municipais (RATTNER, 2009).

O termo “Humanização do Parto” foi adotado oficialmente a partir de 2000 juntamente com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Portaria 569/2000). O sentido do termo humanização adotado é o de equidade/cidadania, que preconiza que toda gestante terá direito ao atendimento pré-natal integral e completo – mínimo de seis consultas e a de puerpério, exames necessários e de rotina, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto.

No Brasil, reconhece-se que a presença de um acompanhante de escolha da mulher, durante o trabalho de parto, é sinônimo de parto bem sucedido. Em 2005 foi aprovada a Lei 11.108/2005, denominada Lei do acompanhante. *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.*

No município de Fortaleza, estado do Ceará, as iniciativas de implantação da Política Nacional de Humanização vêm se desenvolvendo em alguns hospitais, como Hospital Gonzaga Mota Messejana. O hospital desenvolve a gestão participativa, com o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) atuante em rodas semanais com gestores e mensais com os trabalhadores e gestores para a discussão de problemáticas comuns e aperfeiçoamento dos processos de trabalho, principalmente do dispositivo da visita aberta e a presença de acompanhante (ROCHA, 2010).

1.5 Óbito perinatal

A morte, por ser um tema delicado e perturbador, capaz de motivar medo e espanto, provoca também a fuga. Seu significado ainda é um tabu, sombreado de dor e mistério, resultando em repúdio social.

As mortes por causas perinatais, quando comparadas com outras causas, são mais difíceis de serem reduzidas e faz-se necessário conhecer quais os seus determinantes para que medidas preventivas possam ser adotadas. É certo que o baixo peso ao nascer está fortemente associado com a mortalidade perinatal e é possível que os fatores de risco para estas duas condições sejam semelhantes (MENEZES, 1998).

Em setembro de 2000, a Cúpula do Milênio reuniu na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, o maior número de dirigentes mundiais da história da humanidade. Nessa data, representantes de 189 países-membros das Nações Unidas juntaram-se para refletir a propósito do destino comum da humanidade. Todos os países estavam interconectados de maneira mais ampla e profunda do que em qualquer outra época da história e o aceleração do processo de globalização prometia um crescimento mais rápido, assim como o aumento do nível de vida e novas oportunidades.

Foi estabelecida a Declaração do Milênio, que consiste em uma série de prioridades coletivas para paz e segurança, luta contra a pobreza, meio ambiente e direitos humanos. São

medidas imprescindíveis para o progresso da humanidade, bem como para a sobrevivência imediata de parte importante dos seres humanos. Os líderes mundiais também concordaram que o desenvolvimento humano é fundamental para o progresso social e econômico sustentável em todos os países, e conseqüentemente contribuem para a segurança global.

De acordo com a declaração do milênio, foram estabelecidos oito Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo que seis foram relacionados à criança, por esta ser mais vulnerável a necessidades básicas, com o intuito de erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino básico universal, promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental, estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Independente do local e das condições em que a criança nasça, ela tem direito à sobrevivência, à alimentação, à saúde, à moradia e à proteção. Esses direitos estão assegurados pelo tratado internacional de direitos humanos de 1989 (BRASIL, 2006).

O estado do Ceará tem chamado a atenção nacional e internacional pela luta contra a mortalidade infantil, recebendo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Prêmio Maurice Pate (SOUSA, 2011).

Poucos trabalhos, timidamente, apontam hipóteses para explicar a redução da taxa de mortalidade infantil no Ceará, não esgotando a complexidade dos fatores envolvidos (IBGE, 2010).

Devido à importância do vínculo mãe-feto para a sobrevivência do recém-nascido, não é surpreendente que cada cultura construa crenças populares sobre a vulnerabilidade da gestante e do feto, cria costumes protetores, proibições comportamentais e impõe tabus simbólicos para tentar controlar as incertezas e os perigos que os ameaçam, inclusive no Brasil (CAVALSINA, 2007).

Apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. Os índices de mortalidade infantil – embora bastante reduzidos na última década – ainda são altos.

Dentre os índices de mortalidade infantil, a maior parte são de crianças no período neonatal, que compreende do nascimento ao vigésimo oitavo dia de vida. De acordo com a literatura, é consenso que a maioria desses óbitos é decorrente de partos conduzidos insatisfatoriamente, que seriam as causas perinatais, ou ainda, de algum tipo de acometimento durante o período gestacional (BRASIL, 2006).

Provavelmente, muitas mortes poderiam ser evitadas se houvesse encaminhamento para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade os casos de médio e alto risco. É importante que haja organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento ainda intraútero, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade. Esse é o objetivo do Ministério da Saúde com a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”.

Em alguns casos, mesmo com as mortes inevitáveis e diante de programas do governo como o Parto Humanizado, a realidade revela a falta de preparo da equipe de saúde diante do óbito perinatal. É necessária a sensibilização e a percepção da necessidade do respeito ao momento vivenciado por estas mulheres que, apesar de terem ficado gestante, com perspectivas e ansiedade para a chegada de seu filho, vivenciam o que muitas relatam como sendo “a pior dor que uma pessoa pode sentir”, carecendo ser ouvida e respeitada em seu momento de dor e fragilidade, a despedida do filho.

1.6 A despedida

Mesmo o luto sendo um sentimento de pesar e dor, é um processo necessário que precisa ser vivenciado pelo enlutado, evitando correr o risco de fugir de uma situação que precisa ser aceita para então elaborar o luto (LACONELLI, 2007).

A notícia da morte perinatal deve ser transmitida em local calmo e privado, resguardando a intimidade da família. É necessário que o profissional de saúde, médico ou enfermeiro, tenha a sensibilidade de perceber as necessidades daquela família e tenha conhecimentos acerca do modo de transmissão da notícia. Em alguns casos, para começar a elaboração do luto, a mãe sente necessidade de ver o bebê, de tocar, em alguns casos, pode sentir necessidade de pegar no seu filho colocar no seio e o direito à privacidade neste momento é fundamental. É o momento da despedida (SILVA, 2010).

Os pais podem dar nomes aos seus filhos e até mesmo efetuar práticas fúnebres. Diante de qualquer situação, o profissional de saúde precisa ser capaz de aceitar a decisão dos pais e discutir com eles as melhores alternativas, sem tabus.

1.7 O óbito para o profissional de saúde

Não existe mal algum em o profissional de saúde se emocionar. A emoção e comoção são sentimentos normais entre os seres humanos. Existe a necessidade de compreender que, apesar de profissionais, são seres humanos.

Ainda nos dias atuais, existe a alusão de o profissional de saúde “salvar vidas”, no entanto, vale ressaltar que nem sempre o médico consegue salvar vidas e, principalmente, o seu papel de profissional de saúde não finaliza com a cura da doença e tampouco quando não há mais vida. Existe ainda um longo trabalho a ser concluído, pois a morte machuca, arranca de quem perde algo ou alguém repleto de sentimentos, idealizações e principalmente amor.

Diante do conhecimento da fundamentação e reconhecimento do modelo biomédico, percebe-se que para a equipe de saúde, a partir do momento em que não tem mais vida, não há mais nada a ser feito. No entanto, tais reações não podem ser mais aceitas como parte de uma rotina hospitalar. A sensação de impotência é incômoda diante da morte, por não saber como agir e o que falar. Existe a necessidade pela reflexão para tentar compreender os sentimentos que estavam sendo vivenciados por aquelas mulheres, na tentativa de encontrar algo para falar ou fazer para amenizar a dor.

1.8 Enfrentando o luto

O luto é uma reação natural e esperada ao rompimento de um vínculo, é um processo de elaboração de uma perda significativa, que não se aplica apenas a casos de morte, mas também a outras situações de privação irreversíveis, como separações e aposentadorias. Não se considera perda quando não há interesse pelo que foi perdido (BOUSSO, 2011).

O luto é uma experiência universal e está associado à maior morbidade e mortalidade (SILVA, 2010).

A discordância de interpretações entre médicos e pacientes é um hiato relevante para a compreensão do processo saúde-doença na sua totalidade. Pessoas leigas constroem as próprias concepções e racionalidades acerca das doenças, baseadas nas suas experiências

vividas e no contexto cultural. Tais interpretações subjetivas, os modelos explicativos populares da enfermidade (illness), são ainda diferentes dos modelos explicativos profissionais da doença (disease) (CAVALSINA, 2007).

É necessário compreendermos a distinção paradigmática citada por Eisenberg (1977), que define e diferencia a doença (disease) e a doença (illness). A doença (disease) está relacionada ao adoecer do modelo biomédico, em que o corpo é visto e compreendido como uma máquina que exige e necessita reparo em alguma de suas peças. Para que possa entender e fazer o “ajuste” necessário, é inevitável a existência de uma compreensão, algo real, que possa comprovar o que foi encontrado. Para a biomedicina essa comprovação seria feita através de documentos escritos e imagens interpretadas, no caso, exames laboratoriais e de imagem.

No entanto, doença (Illness) é a expressão do sentimento, da subjetividade, da parte mais íntima, sensível e delicada do ser humano de expressar uma dor, uma falta, um sofrimento, o luto.

Para entender e perceber a doença (illness) é necessário que se faça uma escuta do que o paciente tem a relatar de forma a não fazer críticas e nem restrições à sua fala. Aquele momento deve ser interpretado com respeito e atenção diante do sofrimento de alguém. Devido à sua subjetividade, illness é uma experiência única e incapaz de ser reproduzida e revivenciada. É distante de qualquer tipo de interpretação racional, o estado emocional e vivenciado da forma mais completa e fiel aos seus valores, crenças e costumes. O processo de adoecer (illness) será interpretado pela cognição, afeição e pelas experiências vividas.

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano e, ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura (CAPRA, 2006). O uso de medicações e substâncias que oferecem um bem-estar, alívio de desconfortos físicos e mentais, está sendo utilizado de forma indiscriminada como uma ilusão à cura, à resolução dos problemas.

O motivo da exclusão do fenômeno da cura da ciência biomédica é evidente, por ser um fenômeno que não pode ser entendido em termos reducionistas. Isso se explica a cura de ferimentos e, sobretudo, a cura de doenças, o que geralmente envolve uma complexa

interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana (CAPRA, 2006).

Como parte da reação à perda, o sujeito poderá manifestar diversos sinais e sintomas, tanto cognitivos (descrença, confusão, sensação de presença, preocupação e até mesmo alucinações), emocionais (tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, choque, anseio pela presença do ser perdido, alívio e desamparo) e comportamentais (comportamento “aéreo”, isolamento social, sonhos com a pessoa morta, evitar ou portar objetos que pertenciam a ela, choro, hiperatividade), quanto físicos (queixas de “aperto no peito”, “nó na garganta”, “vazio no estômago”, sensibilidade aumentada a ruídos, “falta de ar”, fraqueza, “boca seca”, “falta de energia” e despersonalização) (SILVA, 2010).

A experiência do luto, por ser subjetiva, não pode ser compreendida pelas divisões por fases, isso poderia acarretar avaliações injustas e preconceituosas. É necessário que o enlutado vivencie e elabore o luto de acordo com a sua condição humana, que são determinadas pelas suas crenças e culturas. Ainda é necessário compreender as particularidades de cada caso, como nas mortes inesperadas, violentas e também nas precoces, como por exemplo a morte do filho antes dos pais.

Apesar de a cultura fornecer modelos de comportamentos para vivenciar o luto, por ser subjetivo, passa a ser experienciado de diferentes maneiras. No entanto, faz-se necessário identificar e reconhecer quando o luto deixa de ser natural e até mesmo saudável, para ser patológico.

O luto é um processo normal de adaptação à morte de um ente querido que pressupõe o cumprimento de um certo número de tarefas para que ocorra reorganização emocional e da própria vida (LACONELLI, 2007). No caso de morte no período perinatal, a perda pode ser devastadora, independentemente de quando e como ocorre. As esperanças e sonhos depositados no bebê, que se encontrava no ventre materno, são desvanecidas e os pais são confrontados como noutros tipos de perdas, com um turbilhão de emoções por ruptura abrupta de uma realidade que era desejada e planejada.

Apesar de ser experienciado individualmente, especial cuidado deve ser dedicado ao diagnóstico diferencial entre luto e quadros depressivos (SILVA, 2010).

No luto patológico, a vivência do sofrimento persiste por muito tempo, dificultando as tarefas da vida diária, podendo até invalidar a vida do indivíduo. É possível também que haja manifestações de sintomas físicos e psicológicos que dificultam o cotidiano, no entanto, o enlutado não reconhece como derivados da perda sofrida.

A partir do momento em que o enlutado reconhece conscientemente a realidade da perda, através da verbalização e do apoio emocional, ocorre a troca de impressões acerca do acontecimento. É exatamente a partir da aceitação cognitiva e emocional que inicia o processo de aceitação da perda. É necessário que o enlutado expresse suas emoções, pois ainda há preconceitos culturais de que por não ter convivido através de uma relação social com o bebê, não existe também um vínculo mãe-bebê. É interessante lembrar que a criança não nasce somente após os nove meses de gestação, a criança nasce a partir do momento em que a mulher se sente mãe, que pode ocorrer ainda no decorrer da gestação.

Um dos momentos mais dolorosos ocorre da necessidade de desfazer o quarto do bebê, dar destino às suas roupas, reviver as memórias e sentimentos e suprimir os sonhos, desejos, expectativas e esperanças. É necessário que haja equilíbrio e suporte familiar para oferecer apoio às mães enlutadas. A volta à rotina diária é necessária. No entanto, os questionamentos da vizinhança e curiosidade, inerentes ao ser humano, faz com que seja ainda mais complicada a elaboração do luto.

Ainda nos dias atuais, a maneira como a sociedade e a cultura brasileira vivenciam a morte, ainda é um tabu, permeada de mitos.

O profissional de saúde, desde o início da sua formação, acredita que a sua missão é a de salvar vidas. São treinados para atuarem em situações de urgência e emergência de forma que o objetivo final seja utilizar todos os recursos para evitar que o paciente venha a falecer. Na prática, o trabalho do médico termina quando não há mais vida. A biomedicina faz com que o profissional médico desvincule da sua mente tudo o que for subjetivo, inclusive a dor e o luto.

No decorrer de toda a história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, ela domina também as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce

conceitual da moderna medicina científica (CAPRA, 2006). A biomedicina faz com que o profissional médico desvincule da sua mente tudo o que for subjetivo, inclusive a dor e o luto.

Quando pensamos na morte, remetemos ao pensamento do final da vida, da falta de condições para se continuar a viver. É corriqueiro ouvir dizer que cumpriu a sua missão e imaginamos uma pessoa idosa, que geralmente está enferma. No entanto, imaginar e vivenciar a morte de um recém-nascido não é fácil. É como se fosse de encontro com a lei natural da vida, compreendida e aceita pelos homens, como sendo nascer, viver e morrer. É difícil imaginar a morte antes da vida, ou até mesmo, com apenas poucos minutos da vida.

A morte de um recém-nascido é sempre um assunto delicado entre os profissionais de saúde. É sempre um momento ingrato e de comoção para a equipe que vivencia. A sensação de impotência que o profissional de saúde sente, faz com que ele se distancie e evite contato com o acontecimento, até mesmo numa estratégia inconsciente de proteção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Contextualizar a experiência do óbito perinatal e a elaboração do luto pelos pais em hospitais públicos no Nordeste Brasileiro.

2.2 Objetivos específicos

1. Descrever o contexto em que ocorre a morte perinatal em hospitais públicos que adotem o parto humanizado;
2. Avaliar criticamente a conduta da equipe de sala de parto diante do óbito perinatal em ambos os ambientes hospitalares;
3. Captar e comparar a reação vivenciada pelos pais diante da comunicação do óbito perinatal nos ambientes hospitalares.

3 METODOLOGIA

Esse estudo trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, antropológico, que utilizará as técnicas de observação participante e entrevista etnográfica. Os dados serão analisados através da metodologia de análise dos sistemas, signos e sinais de Corin (1978) e narrativas do trauma, de Benezzer (2003). O período de realização da pesquisa será de novembro de 2012 a novembro de 2013. Serão selecionados dois hospitais públicos comparáveis (números de partos por mês, infraestrutura, quantidade de profissionais etc.), com maternidade no município de Fortaleza – Ceará.

A cidade de Fortaleza localiza-se na região nordeste do Brasil. É uma cidade litorânea, onde o sol brilha o ano inteiro, representada por suas jangadas ao mar, cuja principal fonte de renda era advinda da pesca. Porém, com o desenvolvimento acelerado, grandes marcos na construção civil podem ser destacados. Podemos destacar o novo Centro de Convenções do estado do Ceará. Obra gigantesca, construída em tempo recorde, está sendo conhecido como o maior da América Latina. Construído recentemente, localizado a frente de comunidades carentes, onde podemos destacar a comunidade do Dendê. A cidade, atualmente, é marcada por concentração de renda, desigualdades econômicas e segregação social.

Secas cíclicas no interior do estado têm alimentado a migração para a capital, fazendo com que suas 83 favelas de 1972 a inchar a 317 em 2010. Multidão de migrantes chegam a Fortaleza com expectativa de acesso a serviços, e los profissionais que nem sempre acham. Essas pessoas acabam por morar em locais com aluguel mais acessível, fazendo com que aumente a quantidade de favelas. Podemos citar como exemplo as favelas do Gato Morto, do Rato, do Dendê, e uma comunidade de reassentamento na periferia de um depósito de lixo (Jangurussu). Os mais pobres dos pobres, cerca de 69.000 famílias em 2004, são espremidos em "áreas de risco", incluindo seis encharcados mangues poluídos castigados por chuvas torrenciais, enchentes e inundações durante a estação chuvosa. De acordo com dados do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE 2007), a população de Fortaleza e de

2.452.185 habitantes, sendo que 25,7% (631.565) são mulheres em idade reprodutiva, entre 10 a 39 anos.

3.1 Local de realização da pesquisa

- **Hospital Público A**

Para a escolha do hospital público, foram adotados os seguintes critérios: hospital público secundário que possua maternidade, onde exista uma grande demanda por partos mensais, e que seja referência em atendimento ao parto humanizado no município de Fortaleza.

De acordo com os critérios de inclusão, o hospital A, localizado na periferia de Fortaleza, a uma distância de 12 Km ao centro da cidade. Com serviço obstétrico referência no estado, possui atendimento especializado no atendimento materno infantil. Em 2010, foram realizados 500 partos/mês. Fundado em 1986, a instituição adotou estratégias para melhorar a qualidade do atendimento em 2008, tendo sido criado e implantado a intervenção inovadora no cuidado obstétrico “Parto que te Quero Perto”. E o primeiro e único hospital a criar, adotar, implementar e consolidar o parto com a presença do pai.

O “Parto que te Quero Perto” espelha-se nos princípios da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Essa política propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil. Tem como objetivo fundamental, aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

Entretanto, ainda ocorrem dificuldades por parte dos funcionários do hospital em atender as expectativas do parto humanizado. Recentemente, houve um incidente em que uma adolescente foi impedida de ter o acompanhante durante o parto, por um membro do hospital e, infelizmente, seu filho veio a falecer, sem nenhum manejo e nem explicações para o ocorrido. O caso está sendo investigado e as providências estão sendo tomadas tanto pela diretoria do hospital, como também pelas autoridades competentes.

- **Hospital Público B**

Um segundo hospital público, Hospital B, de comparação, identificado na região central da cidade de Fortaleza, terciário, que adota o parto humanizado, e referência no atendimento

público materno infantil no estado do Ceará, possui infraestrutura de serviços obstétricos e neonatais semelhante ao Hospital A. Atualmente são realizados em média 400 partos por mês, com atendimento terciário.

Inaugurado em 31 de outubro de 1928, na Praça da Lagoinha, no centro da cidade de Fortaleza, implantou em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, que propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

Atualmente, constitui-se num complexo hospitalar, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, de grande magnitude e de reconhecida excelência na prestação de serviços de saúde para todo o Ceará.

Em 1994, foi reconhecido como “Hospital Amigo da Criança” pelo Ministério da Saúde e o Fundo das nações Unidas para a Infância (UNICEF). O Prêmio corresponde ao cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Eles visam à mudança de rotinas hospitalares por meio da mobilização de pessoal e profissionais de saúde envolvidos nos cuidados da díade mãe e bebê. Desde então, passou a ser centro de treinamento e capacitação para todos os hospitais do estado do Ceará para a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Dos 29 hospitais que já receberam o título no Ceará, 23 foram capacitados pelo Hospital B. Anualmente há uma nova avaliação para garantir o reconhecimento.

3.2 População

Serão selecionados, em cada hospital, de 6 a 10 puérperas, acompanhadas ou não, maiores de 18 anos, que tenham realizado parto normal. O óbito deverá ter acontecido em ambiente intrahospitalar nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. A população observada terá as mesmas características, em ambos os contextos hospitalares. As visitas ocorreram de forma intercalada, com o intuito de que haja uma revelação mais impactante da realidade experiência.

Com o intuito de atender ao primeiro objetivo, que é descrever o contexto em que ocorre a morte perinatal em hospital público, será realizada a técnica da observação participante, em que se buscará descrever e anotar em um diário de campo o contexto

hospitalar, focalizando em estruturas, procedimentos, comportamentos que contribuem potencialmente para a violência hospitalar. Dessa forma será construída uma descrição densa (GEERTZ, 1978) de todo o contexto.

A descrição densa baseia-se em quatro características: ela é interpretativa, esta interpreta o fluxo do discurso social, a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o que foi narrado fixando em formas pesquisáveis e esta é, microscópica (GEERTZ, 1978).

Será revisado o conteúdo das políticas, normas, procedimentos e regras internas do hospital para identificar e descrever as influências estruturais no comportamento dos profissionais/casais grávidos diante da morte perinatal, o observar do itinerário do corpo, o local aonde este corpo é colocado, perceber se o local é acessível à família, dentre outras coisas.

O Diário de Campo é um instrumento no qual deve ser registrada toda a observação realizada. Nesse caderno, o investigador deve anotar todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa (Minayo, 2010).

Para contemplar o segundo objetivo, avaliar criticamente a conduta da equipe de sala de parto, diante do óbito perinatal em ambos os ambientes hospitalares, será realizada observação participante, no ambiente em que ocorreu o óbito. Deverá ser observada a conduta dos profissionais do hospital, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, serventes, seguranças, bem como qualquer outro profissional que tenha vivenciado óbito perinatal naquela instituição.

A observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa e tratada como forma complementar de compreensão da realidade empírica. Existe a necessidade de o pesquisador relativizar o seu espaço social, aprendendo a se pôr no lugar do outro. No trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude (Minayo, 2010).

Para contemplar o terceiro objetivo, captar e comparar a reação vivenciada pelos pais diante da comunicação do óbito perinatal em ambos os ambientes hospitalares, buscaremos

desvelar a maneira como foi dada a notícia do óbito, se houve ritual fúnebre, a maneira como ocorreu a despedida e, por fim, se houve algum tratamento diferenciado para os pais.

Será realizada entrevista etnográfica com as pacientes, e funcionários do hospital, que foram identificados no segundo objetivo. Com o intuito de conhecer suas opiniões e sentimentos diante do aviso da morte.

Praticar etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário e principalmente a elaboração de uma descrição densa (GEERTZ, 1978).

Finalmente, em resposta ao objetivo quatro, baseado nos achados dos objetivos de 1 a 3, sugerir intervenção para humanização da conduta hospitalar frente ao óbito perinatal, propor modelo de intervenção. Após confrontar os dados dos dois hospitais, fazer uma análise das informações coletadas, serão identificados elementos fundamentais que surgiram e que são necessários para a humanização.

No que se refere aos aspectos éticos, será explicado à parturiente e ao seu companheiro o objetivo e a importância da pesquisa, verbalmente e por escrito, de forma que sejam claramente entendidos pelos participantes. Estes deverão confirmar a sua aceitação através da assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Somente após o consentimento dos participantes, será iniciada a observação e anotações relevantes.

4 ARTIGO 1 - CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

O CHEIRINHO DE DESPEDIDA: A EXPERIÊNCIA DO ÓBITO PERINATAL E ELABORAÇÃO DO LUTO PELOS PAIS EM HOSPITAL PÚBLICO NO NORDESTE BRASILEIRO.

4.1 Resumo

Diante do cenário nacional para redução e humanização da mortalidade neonatal, torna-se imprescindível conhecer de que maneira este agravo é interpretado pelas mães enlutadas na tentativa da adoção de medidas e estratégias eficazes para a elaboração do luto de uma maneira menos traumática. O objetivo deste trabalho é contextualizar a experiência do óbito perinatal e elaboração do luto pelos pais em dois hospitais públicos, comparáveis, localizados em Fortaleza, Ceará. Para descrever o contexto em que ocorre a morte perinatal, foi utilizada a técnica da observação participante, com anotações feitas em diário de campo, construindo uma descrição densa de todo o contexto. Com o intuito de avaliar criticamente a conduta da equipe de sala de parto, diante do óbito perinatal, foram realizadas entrevistas etnográficas mescladas com narrativas de momentos vividos e observação-participante. Para captar e comparar a reação vivenciada pelos pais diante da comunicação do óbito perinatal em ambos os ambientes hospitalares, foi desvelada a maneira como foi dada a notícia do óbito e o momento da despedida. Foram feitas no diário de campo anotações relacionadas à maneira, ao local em que a notícia foi dada e aos rituais fúnebres. A reação dos pais e profissionais também foi observada. Após a transcrição, os dados foram analisados segundo a metodologia "Análise dos Sistemas de Signos, Significados e Ações". Foi possível identificar que apesar de muito já ter sido feito como a implantação do parto humanizado, muito ainda precisa ser feito, como a conscientização dos profissionais de saúde, a melhoria nas estruturas hospitalares para poder receber e realizar adequadamente o parto humanizado e, conseqüentemente, humanizar o óbito perinatal e a integração, conscientização e comprometimento da equipe multidisciplinar. Uma sugestão seria que as mães enlutadas deveriam receber um suporte psicológico a curto e médio prazo para elaboração saudável do luto neonatal. Apenas a formulação da lei e estabelecimento da obrigatoriedade em realizar o parto humanizado, em ambiente hospitalar e com acompanhante, é insuficiente.

Palavras-chave: Óbito perinatal. Luto. Humanização da assistência hospitalar.

4.2 Abstract

Against the national scenario for reducing neonatal mortality and humanization, it becomes essential to know in what way this aggravating situation is interpreted by the grieving mothers in an attempt of adoption of effective actions to face the grief in a less traumatic way. The reason of this work is to show the experience of perinatal death and the elaboration of mourning by their parents in two public hospitals located in the city of Fortaleza, Ceará. To describe the context in which occurs the perinatal death was used the technique of participant observation, with entries made in field journal, building a dense description of the whole context, with entries made in local journal, building a dense description of the whole context. In order to critically evaluate the conduct of the delivery room team, in front of perinatal death, were carried out ethnographic interviews merged with, narratives of lived moments and of participant observation. To capture and compare the reaction experienced by parents on the announcement of perinatal death in both hospital environments, was unveiled the way was given the news of death, and the moment to say goodbye. There were taken notes in the journal, related to the place where the news was given as well as the funeral rituals. The reaction of parents and professionals, was also observed. After transcription, the data were analyzed according to the methodology "Analysis of the Systems of signs, meanings and actions". It was possible to identify the improvement in hospital

structures in order to receive and carry out properly the humanized childbirth, and therefore humanize the perinatal death and integration, awareness and commitment of the multidisciplinary team. We suggest that bereaved mothers should receive a psychological support in the short and medium term for healthy development of neonatal mourning. Only through the law and establishment of the obligation to carry out the humanized childbirth in hospital environment and with escort, it is insufficient.

Key words: Perinatal death. Mourning. Humanization of hospital care.

4.3 Introdução

A morte pela ótica biomédica ocorre quando os órgãos vitais entram em falência e as ondas cerebrais param¹. É capaz de motivar medo e espanto², mas precisa ser vivenciado pelo enlutado³. A chegada de um bebê pressupõe a sua espera², quando ocorre a impossibilidade do preenchimento das expectativas, o psiquismo da mãe sofre abalos muitas vezes impossíveis de reverter⁴. O momento da notícia do óbito e da despedida² são imprescindíveis para a elaboração do luto e deve acontecer em local reservado e com privacidade². A formação acadêmica, todavia, não prepara o profissional para escutar os significados e sentidos do paciente, comprometendo a qualidade do cuidado^{5,6}.

Entretanto, de acordo com a mecanização da medicina, os partos passaram a ser uma rotina, devendo seguir um só ritmo, esquecendo-se da subjetividade humana⁵. A biomedicina faz com que o profissional médico desvincule da sua mente tudo o que for subjetivo, inclusive a dor e o luto¹, que, por sua vez, é uma experiência universal⁶, natural e esperada⁷, no entanto subjetiva⁶, não podendo ser entendido em termos reducionistas¹. A discordância na compreensão do processo saúde-doença entre médicos e pacientes é um hiato relevante⁸. É preciso uma "tecnologia da interação humana" que permita a visão política da cidadania⁶, o pensamento problematizador⁷ e a ética do cuidado⁸.

Diante do exposto, questionamos de que maneira fatores estruturais e educacionais contribuem para a concretização do luto perinatal, diante da subjetividade humana: Portanto, buscamos contextualizar a experiência do óbito perinatal e elaboração do luto pelos pais em hospitais públicos no nordeste brasileiro.

4.4 Métodos

Essa pesquisa antropológica foi realizada, de novembro de 2012 a setembro de 2013, em dois hospitais públicos brasileiros comparáveis, sendo um localizado na periferia e outro na região central da cidade. Ambos participam do Programa Nacional de Humanização, possuem uma média de 400 partos por mês, infraestrutura e quantidade de profissionais, equivalentes. Os dois possuem maternidade como referência para o município e estado do Ceará. Localizados no município de Fortaleza – Ceará, Nordeste Brasileiro.

Participaram 9 pacientes, puérperas, entre 18 e 35 anos, selecionados de acordo com os seguintes critérios: (1) serem maiores de 18 anos; (2) tenham realizado parto normal; (3) falecimento do recém-nascido até 12 horas após o parto. Foram excluídos: (1) pacientes com transtorno psíquico e (2) < 18 anos. A faixa etária predominante (55,5%) foi entre 21 e 28 anos, sendo 22,2% entre 18 e 22 anos e 11,1%, acima de 35 anos. A maioria (44,4%) vive em união estável; 33,3% são casadas; e 22,2%, solteiras. 66,6% residem na periferia de Fortaleza e 33,3% em outros municípios do Estado. A metade (55,5%) é analfabeta ou não completou o primeiro grau e 44,4% terminaram o primeiro grau. Mais de dois terços (77,7%) é inativa economicamente.

Para descrever o contexto em que ocorre a morte perinatal em hospital público que adote o parto humanizado, foi utilizada a técnica da observação participante⁹. As anotações foram feitas em um diário de campo, com foco no contexto hospitalar, estruturas, procedimentos, comportamentos que contribuem potencialmente para a violência hospitalar. Tendo sido construída uma descrição densa¹⁰ de todo o contexto.

Com o intuito de avaliar criticamente a conduta da equipe de sala de parto, diante do óbito perinatal em ambos os ambientes hospitalares, foram realizadas entrevistas etnográficas mescladas com narrativas¹¹ de momentos vividos e observação-participante. Ocorriam de forma flexível, com algumas situações favorecendo uma técnica ou outra. Foram guiadas, mas não limitadas, por questões norteadoras: (1) conte-me o que aconteceu; (2) o que aconteceu com você; (3) relembro a sua chegada aqui, me conta como aconteceu; (4) como você está se sentindo agora.

Para captar e comparar a reação vivenciada pelos pais diante da comunicação do óbito perinatal em ambos os ambientes hospitalares, foi desvelada a maneira como foi dada a notícia do óbito e o momento da despedida. Foram feitas anotações no diário de campo, relacionadas à maneira, ao local em que a notícia foi dada e aos rituais fúnebres. A reação dos pais e profissionais, também foi observada.

Após a transcrição, os dados foram analisados segundo a metodologia “Análise dos Sistemas de Signos, Significados e Ações”¹². Seguido de leituras repetidas das transcrições emergiram seis temáticas: o anúncio da morte, elemento surpresa, a notícia, a dor do parto, o desejo e o trato dos corpos. A interpretação transcorreu à luz da antropologia interpretativa.

A pesquisa, conforme a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade de Fortaleza (nº. 227.000) e Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (nº 241. 625). O sigilo e o anonimato dos informantes foram garantidos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado, de acordo com Resolução nº. 466/12 do CNS/Ministério da Saúde, Brasil.

4.5 Resultados

4.5.1 O anúncio da morte

A morte de recém-nascidos acontece em múltiplos contextos hospitalares no nordeste brasileiro, cada um se tornando um cenário de inimaginável sofrimento humano. Em qualquer momento durante a longa e incerta trajetória de internação no hospital público urbano, quando a gestante e seu parceiro menos espera, o fim do sonho de dar a luz ao bebê saudável pode acabar em tristeza, dor e, até, desespero. Nos dois hospitais estudados (um na periferia e outro no centro da cidade de Fortaleza), observamos mortes de recém-nascidos acontecerem em ambientes diversos: dentro da ambulância, na rua em frente ao hospital, na entrada da sala de emergência, no local do acolhimento do casal, na sala de exames de ultrassonografia, na sala de parto, no alojamento conjunto, na enfermaria, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e, ainda, no berçário de médio risco. Cada ambiente hospitalar tem suas especificidades, rotinas, normas, procedimentos, treinamento em parto humanizado, interação com o paciente. São contextos que influenciam como a morte é vivenciada pela gestante e acompanhantes.

Devido à variedade de locais onde possa acontecer o evento trágico (nascimento e morte da criança) poderia ser assistido por um leque grande de pessoas, que tenham ou não, treinamento profissional sobre a morte perinatal. Antes de chegar ao hospital, são pessoas

leigas e profissionais que passam casualmente ou trabalham na rua que poderiam assistir ao parto e à morte de recém-nascidos. São vizinhas, moradores no bairro, colegas de trabalho, motoristas de ônibus e ambulância, taxistas, guardas e policiais. Ana Paula, 18 anos, solteira, estudante, gestante, relata, dramaticamente, que seu primeiro filho nasceu em casa, em uma rede, enquanto esperava uma carona para o hospital: *“Passei a noite inteira com dor. Quando eu me levantei de manhã, fiquei esperando alguém me levar para o hospital. Aí, deitei lá fora, na rede, pra esperar o carro passar. Aí, de repente, a bolsa estourou e, aí, o menino começou a sair!”* Quem, de fato, assistiu ao parto da desesperada Ana Paula foi sua prima e os curiosos vizinhos; foram eles, também, que observaram o bebê de oito meses, grande, nascer morto, sem mexer e sem respirar. Até que decidiram por cortar a rede e colocar mãe e filho no chão. A jovem narra sua história emocionada: *“Eu fiquei doida! Comecei a gritar, todo mundo olhando, todos os vizinhos olhando. Só a minha prima que colocou um pano no chão. Eu pensei que o bebê ainda tava vivo. Mas ele não se mexia. Tava morto! E todo mundo olhando e falando! Os vizinhos cortaram a rede pra eu ficar com o bebê (morto).”*

Em casos de acidentes de trânsito, por exemplo, mulheres grávidas e feridas podem comparecer sozinhas à emergência do hospital, desacompanhadas de maridos, companheiros ou familiares. Nesses casos de emergência, os maqueiros frequentemente enfrentam o desespero e morte dos bebês que nascem ali na maca indo às pressas para a sala de parto. José, 40 anos, três anos de estudo, maqueiro no hospital há 15 anos, relata que, em casos de emergência, ele mesmo coloca a mulher grávida na maca e leva para a sala de parto às pressas; faz tudo para salvar a vida da gestante e do bebê. *“Já vi de tudo nessa minha profissão. Quando acontece de a mãe chegar tendo o bebê, quer venha de carro, quer seja a pé, quando a gente vê, já corre e coloca numa maca e leva pra sala de parto. Entra direto. Depois, alguém vai lá pegar os dados dela. É emergência, né! (...) A gente faz de tudo pra salvar a mãe e o bebê. Maqueiros, como ele, são as testemunhas de morte perinatal: “Às vezes não tem sorte e morre ali, mesmo, em nossas mãos.”* Outras gestantes procuram o hospital acompanhadas por seus parceiros ou por pessoas próximas. Na chegada ao hospital, eles procuram os seguranças, porteiros e, em seguida, os auxiliares administrativos que preenchem a ficha de identificação da paciente. Esses funcionários do hospital também podem estar presentes na hora da morte precoce da criança e pronunciar a fatalidade para os pais traumatizados. Josineide, 23 anos, dona-de-casa, solteira, no quinto mês de gestação experienciou o luto do segundo filho enquanto esperava na recepção do hospital e estava preenchendo sua ficha de admissão: *“Eu tava em casa”. Aí, eu comecei a sentir dor, né? Aí, eu peguei vim aqui pro hospital. Aí, quando eu cheguei aqui e tava fazendo a ficha, aí, a bolsa estourou e logo o meu bebê saiu! Ele já não tava mais vivo. Ela não respirava!”*

No hospital há uma diversidade de profissionais de saúde (obstetras, pediatras, ultrassonografistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem) que poderiam ser os atores sociais e os testemunhos do parto e morte perinatal. Suas preparações para lidar com a morte perinatal na sua rotina de trabalho, entretanto, poderia variar substancialmente. O difícil anúncio da morte precoce do terceiro filho de Glauciana, apenas 23 anos e sete meses, grávida, aconteceu, por exemplo, na sala de ultrassonografia. A jovem grávida enfrentou o trauma da perda acompanhada de sua mãe, avó da criança, que esteve sempre ao lado da filha. Durante o exame de ultrassom, o médico ultrassonografista passou o transdutor na barriga de Glauciana procurando pelo coração do bebê. Não batia mais. O médico tentou estimular o feto, mas não se animou. Bruscamente o médico confirmou categoricamente: "Não estou ouvindo e nem vendo o coração bater." Sem demonstrar emoção, o médico prontamente apontou com seu dedo para a tela do monitor o imaginário do feto, o seu coração e a ausência de batimentos cardíacos. A comovida Glauciana olhou intensamente para tela no estado de descrença. O som do coração do seu bebê não batia mais. Ela, deitada na mesa de ultrassom,

ficou "sem chão:" *“Há três dias eu senti ele mexer menos. Aí, fui no hospital e fizeram o sonar. Aí, não escutaram o coração. Mandaram eu ir bater uma ultrassom.”*No silêncio, a jovem grávida olhou sem expressão para o teto do consultório. Seu olhos, devagarinho, encheram-se com lágrimas. A sua mãe foi quem lhe confortou neste momento difícil, passando sua mão, carinhosamente, na sua cabeça e nos seus cabelos. Seu bebê estava morto dentro da sua barriga. O "sonho", o menino que ela tanto acariciava e falava durante toda a gravidez – como se já estivesse vivo – morreu, ali, diante de seus próprios olhos.

4.5.2 Elemento surpresa (a reação da morte)

O elemento surpresa é a incerteza que aumenta a vulnerabilidade do momento em que a mãe, ansiosa, espera o nascimento de sua criança e é surpreendida pela notícia da morte do seu bebê. São sonhos, imaginação, que inconscientemente envolve tanto a mãe quanto companheiros e familiares. Após a descoberta da gestação, a mulher começa a ter um vínculo com o bebê e já se sente mãe. Planeja cada momento, desde o enxoval, até o grande dia do nascimento e se prepara para que esse dia seja caracterizado como o dia do grande encontro. O pré-natal que é feito por obstetra mensalmente, para algumas mães, por excesso de zelo, fazem até com dois profissionais, na tentativa de ter uma garantia de que tudo esteja bem com o bebê. Dona Edinilse, 24 anos, casada, gestante de 8 meses do segundo filho, conta que *“Fiz pré-natal com 2 médicos, sendo um particular e outro público. Estava tudo bem.”* Para a chegada tão desejada do bebê, o grande dia é esperado com grande ansiedade e a mãe organiza cada detalhe para que nada ocorra diferente do planejado e, com bastante antecedência, planeja o grande dia. *“Como lá em Chorozinho só mora eu, meu marido e o meu filho de 4 anos, e o meu esposo trabalha à noite, decidimos vir para Fortaleza com 15 dias de antecedência para o nascimento do bebê, pois aqui tem toda a minha família.”* Como havia esperado e suposto, ao começar a sentir as dores, se organiza e vai para o hospital, *“e esta noite senti as dores... e logo eu vim pro hospital...”* no entanto, por ironia do destino o inesperado acontece e quando chega na madrugada ao hospital, acompanhada de sua mãe e irmã, logo é atendida por um médico plantonista que realiza o exame físico e de imediato solicita a ultrassonografia e a notícia inesperada e indesejada, podendo ser até inimaginável, é dada a Edinilse *“quando o médico bateu o ultrassom, aí avisou a mim e à minha irmã que a criança estava morta, que o coração já não estava mais batendo!”*

Existe também a outra possibilidade diante do elemento surpresa. Por mais evoluída que a ciência esteja, ainda não é possível controlar o inesperado. Existem situações que apesar de teoricamente serem incompatíveis com a vida, na prática pode acontecer diferente. Durante o pré-natal, a gestante faz planos, se imagina como mãe, o emocional fica totalmente envolvido com a criança que está sendo gerada por nove meses em seu ventre. O dia em que a mulher irá realizar a ultrassonografia, é muito especial e desejado. Será o dia em que irá poder ver o seu bebê, observar o desenvolvimento, poder ter uma ideia de como será o rosto, as mãos, os pés. Para Renata, de 32 anos, casada há 05 anos, esse sonho foi destruído ainda nos primeiros meses de gravidez. *“Meu sonho era ter uma menina. No exame de ultrassom, o médico falou que a minha bebê era anencéfala e me encorajou a abortar”* Quando notícias desse tipo são dadas, a reação da mãe é de total desamparo. Uma notícia mecanicista, sem nenhum tipo de cuidado ao ser dada, sem amparo psicológico algum e ainda mais estando a gestante desacompanhada, torna-se ainda mais catastrófica na vida da mulher. Logicamente o sentimento só pode ser o desamparo, o da perda de chão, sem nenhum comando sobre si. *“Estava sozinha. Chorei muito. Fui para casa e me perdi. Já não sabia onde estava. A minha sorte foi que um vizinho me encontrou na parada de ônibus e me trouxe para casa. Até hoje eu não lembro como eu saí daquela clínica. À noite, quando comecei a lembrar do que tinha*

acontecido rezei bastante e decidi que ia manter a minha gestação.” Durante os nove meses relata que não passava em loja de bebês e que não fez o enxoval e que a cada consulta era lembrada de que a filha nasceria e morreria em poucas horas. Diante de tanta o Faz parte do elemento surpresa *“Durante a gravidez eu só comprei um vestidinho e o caixãozinho dela, pois ele falou que ela não ia sobreviver.”* E o inesperado mais uma vez acontece. Renata, ao dar à luz, recebe a mais inesperada das notícias a de que a sua filha está viva e por ser um bebê de risco terá que ser levada para a UTI. Após 3 dias do parto Renata recebe alta e a sua filha permanece internada em incubadora e para a surpresa de todos, viva e sem ajuda de aparelhos e nem de medicamentos. Os laços afetivos se fortalecem dia a dia e mais uma vez Renata recorre às súplicas divinas *“Pedia a Deus para resolver essa situação, pois tinha muito medo de me apegar ainda mais e ela morrer. Se fosse para Deus tirar ela de mim, que tire logo”*. E após quinze dias de internamento, a filha de Renata tem alta. *“Hoje a minha filha está aqui comigo há 10 meses.”*

A morte pode acontecer em qualquer momento da gravidez, no início, sendo feto morto, ou até próximo ao termo, ou ainda nascer morto, natimorto. Quando a morte precede o nascimento, vários motivos para a biomedicina podem ter desencadeado essa situação, no entanto, para a gestante, a situação é de desespero e impotência. Julia, 23 anos, mãe de 2 filhos, gestação de gemelares, conta que *“No parto os dois nasceram vivos, escutei só um chorinho, só um...”* Com o seu instinto materno aguçado, a mãe compreende que muitas vezes a prioridade é a tentativa de salvar a vida do bebê e que nem sempre é possível ficar com o filho após o nascimento. *“Ser mãe também é abdicar de tudo pelo filho”* E percebe que existem situações em que é necessário compreender as prioridades. *“Eles não podiam me mostrar porque tinham que tentar salvar a vida deles”*.

Existem situações em que a gestante está muito consciente e informada do que pode acontecer com os seus filhos e que mesmo morando em locais distantes em que não há maternidade que possa dar suporte a recém-nascidos de alto risco e tendo que enfrentar uma longa estrada pela frente, não perde as esperanças. Aconteceu com Thamyres, uma jovem de 20 anos, estudante, que engravidou do namorado, de gemelares, contou com o apoio inabalável da mãe durante toda a gravidez e o parto. Fez todas as consultas de pré-natal e foi informada e conscientizada pelo médico de que um dos bebês estava com baixo peso e poucas chances de sobrevivência. Quando começou a sentir as dores no município de Cedro, há 326km de Fortaleza, foi para o hospital e após exames médicos encaminhada para um outro município até finalmente poder chegar à Fortaleza. É o que podemos chamar de peregrinação. *“Comecei a sentir as dores lá no Cedro, aí eu fui ao hospital aí me mandaram pro Icó, que aí de lá eu vim pra cá. Quando eu cheguei aqui eu estava sentindo contrações e perdendo líquido, amarelado.”* Ao chegar ao hospital terciário na capital, foi atendida pelo médico plantonista que diante do exame físico decide por pedir a ultrassonografia. *“O médico me falou que um deles estava em sofrimento fetal. Tinha que fazer o parto rápido.”* Mesmo estando acompanhada de sua mãe e diante da situação previamente avisada, Thamyres estava passando por um turbilhão de sentimentos. Estava feliz pela chegada dos filhos, no entanto triste porque sabia que um deles não iria sobreviver. Para a sua surpresa e felicidade, conta emocionada que *“no parto os dois nasceram vivos, mas escutei só um chorinho, só um.”* A equipe médica teve que ser muito ágil, teve que ajudar a eles a viver. Ao menos um. *“Quando eles nasceram eu não pude ficar com eles não. Tiveram que correr com eles pra UTI. Eles tinham que tentar salvar os meus filhos... e eu queria isso mesmo.”* Ficando sozinha com os médicos na sala de parto, um ambiente frio e totalmente desconhecido. Enquanto os médicos obstetras terminavam de suturar a parede abdominal, passava um turbilhão de pensamentos pela cabeça de Thamyres. *“Eu só imaginava o que estava acontecendo com eles. Fiquei só imaginando como eles estavam...”* Após finalizado o procedimento cirúrgico e ser levada para

a enfermagem foi a vez de receber a visita inesperada da assistente social, *“Ela veio falar aqui comigo que um dos bebês não tinha sobrevivido.”* Mais uma vez a presença da mãe confortou os sentimentos da filha. Havia chegado o momento de ir à UTI para descobrir qual bebê havia sobrevivido e descobrir como ele estava e como ele era. *“Pedi a enfermeira para ir até a UTI para ver o meu filho. Foi um momento maravilhoso!”*

Outro momento importante durante a gravidez ocorre quando há a descoberta de alguma má-formação. A busca pela desmistificação e a tentativa para a resolução do problema faz com que o sentimento de insegurança permeie os sentimentos maternos. Patrícia, 27 anos, solteira, primeira gravidez, relata que *“foi diagnosticada hidrocefalia e outras má-formações, durante o exame de ultrassonografia. Estávamos em busca de saber o que estava acontecendo... fiz exame para ver qual o nome da má-formação”* E durante essa busca, após a coleta dos exames para investigação, dois dias após, tem início o trabalho de parto. *“Vim para o hospital... Ela nasceu... aí colocaram ela em cima de mim e cortaram o cordão”* Foi após o nascimento que perceberam que as más-formações estavam comprometendo além do esperado. A criança nasceu sem respirar, sem chorar, em morte aparente. *“Eles pegaram ela e levaram pra limpar e estimular porque ela não tinha chorado ainda.”* No entanto, o inesperado aconteceu e o bebê não resistiu e faleceu. A descoberta do óbito aconteceu da maneira mais insensata possível, fazendo com que a mãe, ansiosa para ver o filho, ficasse despida de preparo para se deparar com o luto *“quando eu fui na UTI pra ver o meu bebê, me avisaram que ele tinha morrido. Eu não entendi! A falta de preparo e de comunicação durante a gravidez e após o nascimento do bebê faz com que a aceitação do luto seja ainda mais difícil. “Eu não sabia que isso podia acontecer”!. Ninguém me falou sobre isso! Eu sabia que ele tinha problemas, mas não sabia que corria risco de morte”.*

4.5.3 A notícia (a reação à notícia)

A gestação é sempre vista como um momento de felicidade e de bênçãos. O óbito é exatamente o oposto. Permeado, em nossa cultura por sentimentos de pesar e dor. No momento em que ocorre alguma situação que possa evoluir para o óbito, até a chegada da confirmação, faz-se necessário que exista um espaço de tempo para o início do processo de aceitação. No entanto, por ironia do destino, nem todas as mães enlutadas padecem dessa oportunidade. Edna, uma jovem mulher de 35 anos, grávida do terceiro filho, no oitavo mês de gestação conta que *“Na madrugada sentiu umas dores e esperou amanhecer. Percebeu que estava urinando mais. Achava que era normal”.* Calmamente pela manhã foi para o hospital. Não percebeu que a cor e o odor da urina estavam mudando. *“Quando eu cheguei aqui a minha urina estava com um odor podre e estava muito escura, estava diferente. Eu fiquei sentada, esperando ser atendida.”* Antecede o atendimento médico o atendimento com a enfermagem, também chamado de acolhimento. Foi exatamente nesse momento, quando dona Edna se levantou, que a enfermeira chamou imediatamente o médico. *“Tinha uma água preta e fedorenta na cadeira. Aí depois que o médico viu a cadeira em que estava sentada, me pediu para entrar para a sala de exame.”* Na tentativa de ser firme e pontual, o profissional médico imerso na biomedicina e sem nenhuma cerimônia, afirma taxativamente *“foi num instante que ele disse, quando chegamos aqui dentro, ela me chamou e disse que não queria falar lá fora, mas já foi confirmado que o bebê tinha morrido.”* Diante da situação e estando totalmente desacompanhada, ficou desolada e indagou *“Eu nem acreditei! Como que ele tava morto se eu senti se mexer de noite!”*

O processo de luto varia quando o óbito é esperado e quando é inesperado. Está relacionado ao grau de trauma do evento numa construção subjetiva. Thamires, 18 anos, estudante, gestante de gêmeos, durante toda a gravidez foi avisada pelo médico obstetra de

que um dos bebês tinha poucas chances de sobreviver. “... eu fiz o pré-natal bem direitinho, minha mãe me acompanhou. Durante as consultas, o médico sempre falou que provavelmente o bebê não sobreviveria. Só um deles.” Por mais que houvesse sido avisada da possibilidade do óbito, a comoção e a tristeza acontecem, mas a elaboração do luto ocorre de uma maneira mais saudável. “Então quando a assistente social me avisou, claro que eu fiquei triste, mas eu já tava preparada. Estou conformada, pois sei que Deus sabe o que faz.” No entanto, nem sempre é possível que haja esse acesso à informação ou sinais que demonstrem que algo desse tipo possa acontecer. Com Patrícia, de 27 anos, aconteceu diferente. “Quando ela nasceu eu nem vi... ela não chorou... aí levaram ela pra lá pra UTI. Eu nem sabia onde a minha filha estava. Eu estava anestesiada.” Além de não ter tido a oportunidade de ver a filha ao nascer ainda se depara com a notícia sendo dada da maneira mais fria e impessoal possível. Não houve preparo, nem sequer um atendimento individualizado para explicar o que havia acontecido. “Quando eu pedi pra ver a minha filha... e eu cheguei na porta da UTI, me disseram que ela tinha morrido! Eu não sabia de nada, vim saber agora à noite... Mais nem me disseram nada!” E no meio a tantas incertezas, questiona e indaga “Ela não tinha nada! E agora... como vou pra casa sem a minha filha?”

A gestante estava em momento de prazer durante a gravidez e quando o inesperado acontece, e ainda percebe o abandono pelo parceiro, o sentimento de desamparo faz com que a dor seja intensificada. Glauciane, 23 anos, quarto filho com o pai da criança, se considera casada e conta que quando veio para o hospital, “Ligaram pro pai da criança, aí ele veio pra cá, quando ele chegou ficou sabendo da notícia, aí pronto, ele não quis mais saber de ninguém, pegou a moto e saiu, não falou mais com ninguém. Eu não sei onde ele está. Queria ele aqui comigo.” Ana Paula, 18 anos, solteira, estudante, compartilha da mesma sensação de desamparo “Ele era meu ex-namorado. Não queria esse bebê. Ele disse que não podia vir aqui porque estava parado na blitz lá na Messejana. Também nem pediu pra falar comigo. Ele voltou pra ex-mulher dele.”

A preocupação e a necessidade da presença do companheiro vai além da presença. Em momentos específicos, são exigências burocráticas a presença do pai da criança. Em casos de óbito, é necessária a presença do pai ou de algum familiar, que tenha maior idade penal para que possa acompanhar o serviço de necropsia. Ainda existe uma cultura forte no homem nordestino de em momentos de grandes emoções como dor, ou grandes comemorações, a fuga, se eximindo das responsabilidades e indo em busca do prazer deixando com que os outros familiares exerçam o seu papel. Gláucia, de 23 anos, terceira gravidez, demonstra bastante preocupação, e desabafa “o pai dele era para estar aqui, porque como ele morreu é preciso levar para o SVO (Serviço de Verificação de Óbito) e não tem ninguém pra levar. Agora vou ter que mandar colocar o meu filho na geladeira pra quando eu tiver alta eu ir com ele. O pai dele deve estar por aí bebendo com as amantes dele!” Além de ter que sentir a dor da perda, estar profundamente envolvida com sentimentos de dor e alterações hormonais, ainda precisa ter preocupação para resolver problemas burocráticos e tomar decisões tão delicadas.

4.5.4 A dor do parto

Existe uma soma de sofrimentos. A dor da perda é maior quando a criança morre antes do nascimento, visto que soma a dor do parto com a dor da perda. Glauciana, 23 anos, terceira gestação, descreve que: “Depois que eu entrei em trabalho de parto e soube da notícia da morte, a dor ficou pior, pois sabia que, apesar de estar sentindo tudo aquilo, eu não ia ter a criança comigo.” Edna, 35 anos, gestante do terceiro filho, acrescenta: “... é no momento do parto em que há a concretização da morte.” Marilene, 28 anos, quatro filhos, lembra: “Dos

outros eu senti as dores, mas eu sabia que eu ia ter o meu filho perto de mim. Ia curar tudo! Além da dor do parto... Tem a dor em todo o corpo... dói tudo e em tudo... dói lá na alma.”

O parto para a gestante que descobre que o filho está morto tem outra conotação. É nesse momento em que tem a confirmação da morte. Mayara, 23 anos, casada, do lar, terceira gravidez, confessa que *“Eu fiquei fraca. Eu não conseguia botar força... Mas não era... era apenas porque eu sabia que quando saísse, o que ia acontecer. Eu não queria ter a certeza da morte do meu filho.”*

A dor da perda se confunde com a dor do parto. Diante das regras dos hospitais visitados, não há enfermarias separadas para as mães enlutadas. São colocadas juntamente com outras mulheres que conseguiram dar a luz aos seus filhos vivos. O choro da criança e a felicidade das famílias com o novo rebento agravam o sofrimento de quem acabou de receber a notícia do óbito do filho. Marcilene, 28 anos, terceiro filho, solteira, desabafa *“Dói assim né, porque a gente vê as outras crianças tudo chorando, né, mas a gente tem que se conformar, né (...) a gente não pode fazer nada, né?”* O choro dos outros bebês simulam uma cena de tortura nas mães enlutadas. Josiane, 23 anos *“(…) eu não aguento mais ficar aqui! É o que está me incomodando, esse choro aqui!”*

4.5.5 O desejo, a curiosidade

A confirmação visual da morte do recém-nascido pela mãe varia pelo grau do potencial para o trauma. Essa identificação pela mãe pode ser confortante, no entanto, quando nasce com deformidade, como é o caso do parto com fórceps, mal formados, podem potencializar o trauma materno. Paula, 18 anos, primeiro filho: *“Na hora em que ele saiu, eu não conseguia nem olhar pra cara dele. Pro rostinho dele. Tinha medo...”*

Esse momento pode ser diferente, no caso de crianças que nascem com o visual intacto. Edna, 35 anos, 2 filhos adolescentes: *“O médico me perguntou se eu queria ver. Aí eu primeiro disse que não, pois eu tinha medo de ver como ele estava, mas depois eu me lembrei que eu sou muito curiosa, aí eu disse que queria ver, aí eu vi. Ele era bem bonitinho!”*

A despedida, por ser uma ocasião muito delicada, deve ser totalmente individualizada e respeitada. Glauciane, 23 anos, descreve como aconteceu o parto: *“a enfermeira que fez o parto, perguntou se eu queria ver. Eu falei que queria. Aí ela foi, limpou com um pano, enrolou ele e colocou aqui assim (apontando para o tórax, próximo aos seios). Aí eu fiquei olhando ele todinho, dos pés à cabeça, cheirei, vi se faltava ou não faltava alguma parte, alisei a cabeça... Tentei ver se tinha alguma coisa estranha, pra saber o motivo dele ter morrido. Não percebi nada! Aí ela foi, colocou o bebê em cima de mim. Ele ficou uns 20 minutos!”*

No entanto, a despedida deve acontecer de forma individualizada. Nem sempre a mãe está preparada para ter este momento com o filho. Dona Edinilse, 24 anos, segunda gestação, casada, acompanhada do esposo, conta que *“Colocaram a criança no meu colo, e aí eu pensei que a criança estava viva. Por mais que eu já soubesse que não estava mais ...,”* O esposo da dona Edinilse já tem uma opinião formada sobre o assunto *“não era pra ter colocado porque era pra ter chamado a psicóloga aqui e ter explicado o que aconteceu... O que podia acontecer! Que a criança estava morta pra ela e aí depois ela ia ver, quando tivesse mais calma. Ainda bem que ela é tranquila, porque se fosse uma mulher desesperada, ela tinha ficado louca. No meu ponto de vista, eu que sou pai, era para ter esperado vir o psicólogo conversar com ela pra poder ter explicado direitinho e não ter colocado o menino em cima dela, sabendo que o menino estava morto. É tipo você pegar uma criança e dar um pirulito a ela e aí você tomar de volta. Foi o mesmo que aconteceu com ela.”*

A conduta dos profissionais na sala de parto a respeito da despedida humanizada variou, desde uma cumplicidade com a criança até uma conduta desinteressada. Uma coisificação do corpo. Uma “objeção do feto”. Com relação à mãe, a decisão de ver ou tocar a criança foi respeitada pelos profissionais de saúde que, na maioria das vezes, dependendo da equipe, preservaram o desejo delas. Edinilse, 24 anos, mãe de dois filhos: *“Ela perguntou se eu queria ver, aí eu falei que queria. Aí ela foi limpou com um pano, enrolou ele e colocou aqui assim (apontando para o tórax, próximo aos seios). Aí olhei ele todinho, dos pés a cabeça, cheirei, vi se faltava ou não faltava alguma parte, alisei a cabeça.”* Daniela, 28 anos, segunda filha, declara que *“Eu queria ter me despedido dela. Eu pedi à mulher, para me levar lá, era umas 2 – 3 h. Aí a mulher falou que não tinha tempo. E eu acho que tinha dado tempo, pois, depois de um tempinho, uma outra mulher veio aqui e disse que ela tinha acabado de falecer.”*

O empoderamento da mãe varia, quem tem que decidir é a mulher e não o profissional. Esposo de Edilene, 24 anos, segundo filho, relata: *“No meu ponto de vista, eu que sou pai, era para ter esperado vir o psicólogo conversar com ela pra poder ter explicado direitinho e não ter colocado o menino em cima dela sabendo que o menino estava morto. Ainda bem que ela é tranquila, porque se fosse uma mulher desesperada, ela tinha ficado louca.”*

4.5.6 O trato dos corpos

A forma como os profissionais de saúde dos hospitais tratam os corpos varia de acordo com as regras de cada estabelecimento. O corpo é limpo, enrolado e etiquetado. João, maqueiro há 17 anos, conta que: *“a equipe de enfermagem, limpa o bebê, coloca o corpo num saquinho transparente, e aí embrulha num paninho azul e depois passa uma fita adesiva para lacrar e identificar o corpo”*. Após o preparo, a enfermeira entrega o corpo para a auxiliar de limpeza transportar até o necrotério. João conta ainda que: *“As enfermeiras da sala de parto ou da neonatologia fazem o pacote e deixam lá na bandeja, aí as auxiliares de limpeza, trazem para colocar no necrotério”*.

Após a chegada ao necrotério, o corpo fica guardado em uma geladeira à espera da liberação para fazer o sepultamento. Antônia, funcionária do departamento de transporte, há 10 anos, conta que: *“O corpo fica na geladeira à espera do atestado de óbito. O pai ou a mãe tem que ir ao cartório pegar o atestado de óbito. Quando eles têm o atestado, passam no serviço Social e lá eles mandam uma autorização para liberar o corpo”*.

Existem casos em que pais não têm condições financeiras para realizar o sepultamento e por esse motivo foi criado um serviço de auxílio funeral. Carla, Assistente Social há 15 anos, conta que: *“às vezes a família não tem condições para fazer o sepultamento, então oferecemos o auxílio que é gratuito. Tanto a Prefeitura quanto o Estado oferecem esse serviço. Com isso, os familiares têm direito a fazer o enterro em um cemitério público, com direito a caixão, velas e o transporte do corpo.”*

4.6 Discussão

A chegada de um bebê, que possa se constituir como bebê humano, pressupõe a sua espera. É na antecipação de sua chegada, tecida a partir de identificações e fantasias, que algo da ordem da ambiência psíquica pode ser construído para recebê-lo.²

Este espaço psíquico, que tem seu correlato no real com a construção de um espaço físico – quarto, enxoval, transformações corporais – vai sendo tecido desde as primeiras identificações da menina com seus pais, nas suas brincadeiras de boneca, em seus sonhos de

adolescente.² Diversas práticas foram incorporadas à assistência ao nascimento e ao parto, visando melhorar sua qualidade, porém sem a avaliação científica de efetividade ou segurança.¹³

A modernidade lida com as questões relativas à morte, evitando o contato com a angústia por meio da negação do sofrimento, alimentando a fantasia onipotente de superação da finitude por intermédio da tecnologia médica.¹⁴

O potencial patológico do óbito perinatal atualiza-se diante do tratamento dado a estas mulheres. Essa verdadeira negação do sofrimento dos pais funciona como o desmentido da perda e obstrui a possibilidade de representação.¹⁴

A morte do bebê reaviva fantasias da morte do "bebê maravilhoso" com o qual temos que lidar incessantemente numa permanente relação de destruição e ressurgimento. Portanto, quando a mãe se encontra privada de seu objeto, previamente investido, mais do que nunca devemos respeitar e propiciar as condições para a elaboração do luto normal. No Brasil, por exemplo, apesar de os óbitos pós-neonatais por causas evitáveis ainda serem muito frequentes e merecerem a atenção dos planejadores e trabalhadores de saúde, uma grande parcela de nossa excessiva mortalidade infantil poderia ser evitada se fosse melhorada a qualidade da atenção perinatal.¹⁵

Apesar de muito já ter sido feito, como a implantação do parto humanizado, muito ainda precisa ser feito, como a conscientização dos profissionais de saúde, a melhora nas estruturas hospitalares para poder receber e realizar adequadamente o parto humanizado, e conseqüentemente, humanizar o óbito perinatal e a integração, conscientização e comprometimento da equipe multidisciplinar. Uma sugestão seria que as mães enlutadas deveriam receber um suporte psicológico a curto e médio prazo para elaboração saudável do luto neonatal.

Apenas a formulação da lei e o estabelecimento da obrigatoriedade em realizar o parto humanizado em ambiente hospitalar e com acompanhante são insuficientes.

4.5 Referências

1. Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix, 2006.
2. Laconelli V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [Internet]. 2007 dez [acesso em 24 nov. 2013]; 10(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=pt&nrm=iso.
3. Goulart LART et al. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. Cad. Saúde Pública 2005; 21(3): 715 -723.
4. Menezes A.M.B. et al. Fatores de risco para a mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. Rev. Saúde Pública 1998; 32(3): 209-216.
5. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. Interface. 2009; 13(I): 595-602.
6. Silva ACOS, Nardi AE. Luto pela morte de um filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo – comportamental. Rev. Psiquiátrica Rio Grande do Sul 2010; 32(3): 113-116.
7. Bousso Regina Szylit, Poles Kátia. Morte digna da criança: análise de conceito. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2009 Mar [citado 2014 Jan 17]; 43(1): 215-222. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100028&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100028>.

8. Calvasina PG *et al.* "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste Brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2): 371-380.
9. Minayo, MCS. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
10. Geertz C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
11. Kleimann A. *The illness narratives: suffering, healing e the human condition*. New York: Basic Books, 1988.
12. Courin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. **Comprende pour Soigner Autrment. Repères pour Régionaliser lês Services de Santé Mentale**. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1990.
13. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Fev [citado 2013 Nov 24]; 46(1): 77-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100010>.)
14. Iaconelli V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, [Internet]. 2007 Dez [citado 2013 Nov 24]; 10(4). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=pt&nrm=iso>.<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>.)
15. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Causas de mortalidade perinatal em Pelotas, RS (Brasil): utilização de uma classificação simplificada. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 1987 Ago [citado 2013 Nov 24]; 21(4): 310-316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000400004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000400004>.
16. Brasil. Ministério da Saúde Informações de Saúde - Datasus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:923-31. [Links]
18. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9:161-8. [Links]
19. Tardif M. *Saberes docentes e formação profissional*. Petrópolis: Vozes; 2002. [Links]
20. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2004. [Links]
21. Nations Marilyn K., Gomes Annatália Meneses de Amorim. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 Set [citado 2013 Nov 18]; 23(9): 2103-2112. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900018&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900018>.
22. Loureiro M. *O Sentido do Comportamento Materno diante da Morte do Filho*. Fortaleza: UFC, 1998.
23. Centro de Treinamento em Desenvolvimento Econômico Regional. *A expansão da periferia urbana de Fortaleza e seu efeito de segregação e deterioração da qualidade de vida da população*. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza; 1981.
24. IBGE. *Censo Demográfico 2010. Aglomerados subnormais. Primeiros resultados*; Brasília, DF: IBGE; 2010.
25. Nations M. *Corte à mortalha: o cálculo humano da morte infantil no Ceará*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

26. Uchoa E, Vidal J. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10(4): 497-504.
27. Malta DC *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16(4): 233-244.
28. Forte BP *et al.* Cultura e poder nas políticas de saúde: prática clínica e social aplicada. Fortaleza: Pós Graduação /DEMF/ UFC, 1998.
29. Silva LJ. Luto em Neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2010; 41(6): 281-284.
30. Montero SMP *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. 2011; 19(6): 1-8.
31. Vidal M. Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2010; 15(2): 3185-3190.
32. Nations M; Gomes A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente – cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad. de Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2103-2112.
33. Gomes AMA, Nations MK, Luz MT Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(1): 61-72.
34. Souza TG; Gaiva MAM; Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção do parto. *Rev. Gaúcha Enfermagem*. 2011; 32(3): 479-486.
35. Lansky S. *et al.* Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(6): 759-772.
36. Sousa JRP, Nations M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 260-268.
37. Benezzer G. **Trauma signals in life stories**. In: Rogers KL, Leydesdorff S, Routledge GD. *Memory and Narrative*. Great Britain: Editora Routledge, 2003. 29-44.
38. Moore K. *Embriologia Clínica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
39. Nations MG, Soares AP. "Stuck in the muck": an eco-idiom of distress from childhood respiratory diseases in an urban mangrove in Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]*. 2013 Fev [citado 2013 Nov 25]; 29(2): 303-312. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200017&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200017>.
40. Diógenes KCBM, Nations M. "Prismas de percepção": múltiplas leituras das campanhas em saúde no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]*. 2011 Dez [citado 2013 Nov 25]; 27(12): 2469-2473. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200018&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200018>.
41. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]*. 2011 [citado 2013 Nov 25]; 16(Suppl 1): 1547-1554. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700090&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700090>.
42. Deslandes SF, Mitre RMAraujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface (Botucatu) [periódico na Internet]*. 2009 [citado 2013 Nov 25]; 13(Suppl 1): 641-649. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>.

43. Pellegrini Filho A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2013 Nov 25]; 27 (Suppl 2): s135-s140. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201100140002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400002>.
44. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [periódico na Internet]. 2007 Abr [citado 2013 Nov 25]; 17(1): 77-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
45. Sousa JRP, Nations M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2011 Fev [citado 2013 Nov 25]; 27(2): 260-268. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200007&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200007>.
46. Carvalho A. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 Fev [citado 2013 Nov 27]; 23(2): 371-380.
47. Nations MK. Infant death and interpretive violence in Northeast Brazil: taking bereaved Cearense mothers' narratives to heart. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 Out [citado 2013 Nov 27]; 24(10): 2239-2248.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, apesar de os óbitos pós-neonatais por causas evitáveis ainda serem muito frequentes e merecerem a atenção dos planejadores e trabalhadores de saúde, uma grande parcela de nossa excessiva mortalidade infantil poderia ser evitada se fosse melhorada a qualidade da atenção perinatal.

Apesar da implantação do parto humanizado, muito ainda precisa ser feito, como a conscientização dos profissionais de saúde, a melhora nas estruturas hospitalares para poder receber e realizar adequadamente o parto humanizado, e conseqüentemente humanizar o óbito perinatal e a integração, conscientização e comprometimento da equipe multidisciplinar. Uma sugestão seria de que as mães enlutadas deveriam receber um suporte psicológico a curto e médio prazo para elaboração saudável do luto neonatal.

Apenas a formulação da lei e estabelecimento da obrigatoriedade em realizar o parto humanizado, em ambiente hospitalar e com acompanhante, são insuficientes. É preciso que haja uma mudança estrutural, além da desburocratização dos serviços. As regras hospitalares precisam ser mais maleáveis e acessíveis.

Mães enlutadas que estão internadas, impossibilitadas de sair do ambiente intrahospitalar por questões de saúde orgânica ou ainda em recuperação do trabalho de parto, são acomodadas em enfermarias com outras mães e seus bebês. Escutam o choro de outras crianças, veem as outras mulheres amamentando e simplesmente são torturadas com aquelas cenas de amor e carinho para as quais o seu psicológico e seu organismo tanto se prepararam e desejaram que acontecessem.

Em um dos hospitais em que foi realizada a pesquisa, o parto com acompanhante não acontece por dois motivos, em primeiro lugar a capacidade estrutural do local não permite que entre acompanhante pelo espaço ser pequeno, não ter como manter a privacidade das outras parturientes e ainda pela resistência dos profissionais de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem.

Com relação à burocracia para a resolução da liberação do corpo, existem alguns cartórios na cidade que funcionam sete dias por semana. No entanto, os cartórios que funcionam dentro dos hospitais não fornecem, por questões burocráticas, o atestado de óbito.

Somente após estar de posse da Declaração de Óbito é que é feita a liberação do corpo e o serviço funerário é acionado. A família tem direito ao caixão, ao transporte do corpo até o cemitério e ao sepultamento. Essa iniciativa do Governo do Estado do Ceará e da Prefeitura de Fortaleza amenizou o sofrimento de muitas famílias carentes que até uma década atrás eram impossibilitadas de sepultar seus entes queridos.

Humanizar o óbito perinatal ainda é um grande desafio a ser vencido. Profissionais de saúde precisam ser treinados, ainda na faculdade, a trabalhar com a morte e saber como se conduzir diante dessa situação. As estruturas hospitalares e burocráticas precisam quebrar paradigmas e ir em busca de uma maior flexibilidade.

REFERÊNCIAS

- BADINTER, E. **O Conflito – a mulher e a mãe**. Editora Record, Rio de Janeiro, 2011.
- BENEZER, G. Trauma Signals in Life Stories. In: ROGERS, K.L; LEYDESDROFF, S; ROUTLEDGE, G.D. Memory and Narrative. Great Britain: Editora Routledge, p.29 – 44, 2003.
- BOUSSO, Regina Szylit; POLES, Kátia. Morte digna da criança: análise de conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, mar. 2009 .
- BRASIL. Ministério da Saúde Informações de Saúde – Datasus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, abr. 2007.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.
- CAVALSINA, P. G *et al.* “Fraqueza de Nascimento”: sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. V.23, N.2, p. 371 – 380, 2007.
- CENTRO DE TREINAMENTO EM DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO REGIONAL. **A expansão da periferia urbana de Fortaleza e seu efeito de segregação e deterioração da qualidade de vida da população**. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza; 1981.
- CERVERA, D.P.P; PARREIRA, B.D.M; GOULART, B.F. Educação em Saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, 2011.
- COURIN, E.; BIBEAU, G.; MARTIN, J.C.; LAPLANTE, R. **Comprendre pour Soigner Autrement. Reperes pour Regionaliser les Services de Sante Mentale**. Montréal: Presses de l’Université de Montréal, 1990.
- DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**, v.13, supl. 1, 2009.
- DIOGENES, K.C.B.M.; NATIONS, M. “Prismas de percepção”: múltiplas leituras das campanhas em saúde no Nordeste brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, dez. 2011.

FORTE, B. P, *et al.* Cultura e poder nas políticas de saúde: prática clínica e social aplicada. Fortaleza: pós – graduação DEMF UFC, 1998.

GEERTZ, C. **Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura.** A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GOMES, A.M.A, NATIONS, M.K; LUZ, M.T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade.** V.17, N.1, p. 61 – 72, 2008.

GOULART, L.A.R.T. *et al.* A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. **Cad. Saúde Pública.** v.21, n.3, p.715-723, 2005.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Editora Vozes, 2006.

IBGE. **Censo Demográfico 2010. Aglomerados subnormais.** Primeiros resultados; Brasília, DF: IBGE; 2010.

KLEIMANN A. **The illness narratives: suffering, healing e the human condition.** New York: Basic Books, 1988.

KLEINMAN, A. Deep China. Londres: University of California, 2011.

LACONELLI, V. Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** v.10, n.4, p.614- 623, 2007.

LANSKY, S. *et al.* Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública.** v.36, n.6, p.759-772, 2002.

LOUREIRO, M. **O Sentido do Comportamento Materno diante da Morte do Filho.** Fortaleza: UFC, 1998.

MALTA, D.C. *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v.16, n.4, p.233-244, 2007.

MENEZES, A.M.B. *et al.* Fatores de risco para a mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Rev. Saúde Pública.** v.32, n.3, p.209-216, 1998.

MONTERO, S.M.P. *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev. Latino Americana de Enfermagem.** v.19, n.6, p.1-8, 2011.

MOORE, K. **Embriologia Clínica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

NATIONS, M. **Corte a Mortalha:** o cálculo humano da morte infantil no Ceará. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

NATIONS, M; GOMES, A. Cuidado, “ cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente – cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad. de Saúde Pública.** v.23, n.9, p.2103- 2112, 2007.

NATIONS, Marilyn; GONDIM, Ana Paula Soares. "Stuck in the muck": an eco-idiom of distress from childhood respiratory diseases in an urban mangrove in Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, fev. 2013.

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, supl. 2, 2011.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. **Interface**. v.13, Sup. I, p.595- 602, 2009.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre política pública. **Interface**. v.13, S.I, p.759-768, 2009.

REZENDE. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, A.C.O.S; NARDI, A.E. Luto pela morte de um filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo – comportamental. **Rev. Psiquiátrica Rio Grande do Sul**. v.32, n.3, p.113-116, 2010.

SILVA, L.J. Luto em Neonatologia. **Acta Pediátrica Portuguesa**. v.41, n.6, p.281- 284, 2010.

SOUSA, J.R.P.; NATIONS, M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. 2011.

SOUSA, J.R.P; NATIONS, M. Múltiplos olhares sobre a mortalidade infantil no Ceara, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.2, p.260-268, 2011.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, mar. 2010.

SOUZA, T.G; GAIVA, M.A.M; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção do parto. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. v.32, n.3, p.479- 486, 2011.

UCHOA, E; VIDAL, J. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cad. Saúde Pública**. v.10, n.4, p. 497-504, 1994.

VIDAL, M. Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebe sobrevivente. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.15, n.2, p.3185- 3190, 2010.

ANEXO

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALSA/SUS
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador:

Título da Pesquisa:

Instituição Proponente:

Versão:

CAAE:

O CHEIRINHO DE DESPEDIDA: A EXPERIÊNCIA DO ÓBITO PERINATAL E ELABORAÇÃO DO LUTO PELOS PAIS EM HOSPITAL PUBLICO NO NORDESTE BRASILEIRO.

Ana Amelia Reis Jereissati

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)/ Fundação Edson Queiroz

3

10284112.3.0000.5052

Elaborado pela Instituição Coparticipante

Área Temática:

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer:

Data da Relatoria:

241.625

05/04/2013

DADOS DO PARECER

Esse estudo trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, antropológico, que utilizará as técnicas de observação participante e entrevista etnográfica. Os dados serão analisados através da metodologia de

análise dos sistemas, signos e sinais de Corin (1978) e narrativas do trauma, de Benezzer(2003).

Apresentação do Projeto:

Objetivo Primário:

Contextualizar a experiência do óbito perinatal e elaboração do luto pelos pais em hospital público no nordeste brasileiro.

Objetivo Secundário:

1. Descrever contexto em que ocorre a morte perinatal em hospital público; 2. Avaliar criticamente a conduta

da equipe de sala de parto diante do óbito perinatal; 3. Captar e comparar a reação vivenciada pelos pais

diante da comunicação do óbito perinatal; 4. Baseado nos achados dos objetivos de 1 a 3, sugerir intervenção para humanização da conduta hospitalar frente ao óbito perinatal.

Objetivo da Pesquisa:

Riscos:

Como se trata de pesquisa qualitativa, onde serão utilizadas técnicas de observação participante e

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

60.015-052

(853)101-5354 E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Av. Imperador, nº 372

Centro

UF: CE Município: FORTALEZA

Fax: (853)101-5354

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALSA/SUS

entrevista etnográfica, a princípio não apresenta riscos aos seres envolvidos na pesquisa. No entanto, como

estaremos trabalhando com emoções e estas por serem singulares, pode ser que em algum momento haja

uma maior sensibilização emocional durante a entrevista etnográfica. Esses dados, caso existam, serão

tambem estudados
atraves da aplicacao da interpretacao dos sinais de trauma, de acordo com a teoria proposta por Ben Ezer.

Portanto, o risco que ha na pesquisa e de carater emocional (psiquico).

Pesquisa interessante e válida, que irá melhorar a humanização..

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os termos apresentados e dentro de padrões éticos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nenhuma.

Recomendações:

Sugiro aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Não

Necessita Apreciação da CONEP:

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 09 de Abril de 2013

ANTONIO LUIZ CARNEIRO JERONIMO

(Coordenador)

Assinador por:

60.015-052

(853)101--5354 E-mail: ceap@hgcc.ce.gov.br

Endereço:

Bairro: CEP:

Telefone:

Av. Imperador, nº 372

Centro

UF: CE Município: FORTALEZA

Fax: (853)101--5354