



**UNIVERSIDADE
E D U A R D O
MONDLANE**

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA**

MONOGRAFIA

Análise da actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal

Diana Silas da Costa

Maputo, Setembro de 2024



UNIVERSIDADE
E D U A R D O
M O N D L A N E

Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Educação

Departamento de Psicologia

Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária

Análise da actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal

Monografia apresentada ao Departamento
de Psicologia como requisito final para a
obtenção do grau de Licenciatura em
Psicologia Social e Comunitária

Diana Silas da Costa

Supervisora: Msc. Stella Manhiça Langa

Maputo, Setembro de 2024

Declaração de originalidade

Esta monografia foi julgada suficiente como um dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária e aprovada na sua forma final pelo Curso de Licenciatura em Psicologia, Departamento de Psicologia, da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane.

O Director do Curso

O Presidente do Júri

O Examinador

O Supervisor

Agradecimentos

À Deus, por sua graça abundante, Senhor, o teu maravilhoso amor conduz e sustenta a minha vida.

Aos meus pais, Ana Salvador Tembe e Silas Francisco da Costa, por terem propiciado que os estudos fossem a minha prioridade desde os meus primeiros anos de vida. Muito obrigada pelo amor que sempre me dedicaram, por acreditarem em meu potencial e pelos esforços que fazem por mim a cada dia. São os meus exemplos de honestidade, bondade e perseverança.

Aos meus irmãos, Vanessa e Diego por sempre acreditarem em mim, sem a minha base familiar, este sonho não teria sido realizado.

À senhora Virgínia, minha avó, por sua amabilidade, firmeza e pelo orgulho que sente a cada vez que venço uma etapa significativa da minha vida.

À minha tia Luísa Salvador Tembe, pela aprendizagem e motivação, amparando minhas fraquezas e enxugando minhas lágrimas na conquista deste sonho.

À minha Supervisora, dra. Stella Manhiça Langa, com muita admiração e enorme respeito venho mostrar toda a minha gratidão por toda dedicação e todos os ensinamentos ofertados durante a produção desse trabalho. Sou grata e muito feliz pela oportunidade de ter sido sua orientanda.

Aos demais docentes da Faculdade de Educação, pelo conhecimento acadêmico ao longo desses anos.

À minha amiga, Jane General, pela força e cumplicidade. Toda minha gratidão por sempre estar comigo em diversos momentos.

Aos meus colegas, Maria de Sousa, Valter Chambule, Diana Martins, e Judite Give, pela amizade que tornou esse percurso mais significativo e memorável. Crescemos juntos ao longo dessa trajetória, dividindo sonhos, objetivos e desafios.

A direcção do Hospital Geral José Macamo e do Hospital Geral de Chamanculo, bem como a todos os profissionais, por toda disponibilidade seja no esclarecimento de dúvidas relacionadas com a temática e pela paciência que demonstraram ao longo da execução deste trabalho.

Por fim, agradeço a todos que, mencionados ou não, contribuíram directa ou indirectamente para essa conquista. É uma imensa satisfação apresentar aqui os resultados da minha trajetória durante a Licenciatura. Gratidão!

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que já enfrentaram um luto pela perda neonatal. Desejo que este estudo possa ampliar o apoio a todas que vivenciaram essa experiência profunda e complexa. Que cada página dedicada a vocês seja um pequeno gesto de solidariedade e reconhecimento.

Declaração de Honra

Declaro por minha honra que esta monografia nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau acadêmico e que a mesma constitui o resultado do meu labor individual, estando indicados ao longo do texto e nas referências bibliográficas todas as fontes utilizadas.

Assinatura

Lista de siglas e abreviaturas

FACED - Faculdade de Educação

HGC- Hospital Geral de Chamanculo

HGJM- Hospital Geral José Macamo

MISAU- Ministério da Saúde

NEP- Núcleo de Estatística e Planificação

OMS- Organização Mundial da Saúde

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

TMN- Taxa de Mortalidade Neonatal

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UEM - Universidade Eduardo Mondlane

Resumo

A presente monografia tem como tema *Análise da actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal*. A maternidade é um momento de expectativas para muitas mulheres, no entanto, a morte de um filho antes de seu nascimento ou logo após, representa uma perda imensurável para aqueles que vivenciam, principalmente para a mãe, requerendo um apoio e suporte integral e humanizado no contexto hospitalar. Nesse contexto torna-se essencial a compreensão da actuação do psicólogo com as mães em casos de luto neonatal. De forma geral, pretende-se analisar a actuação do psicólogo com mães em caso de luto neonatal. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Geral José Macamo e no Hospital Geral de Chamanculo, com profissionais que entrevistaram com mães em situação de perda neonatal no período de 2022-2023. Este é um estudo baseado em abordagem qualitativa. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturada, respondido por (6) participantes seleccionados da técnica de amostragem não probabilística por acessibilidade, as suas respostas foram analisadas em três etapas (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação). Os resultados mostraram que dos hospitais em análise, ambos não apresentam um protocolo formalmente estabelecido que defina os procedimentos a seguir nos casos de luto fazendo com que a intervenção com as mães em situação de perda neonatal seja condicionado a hora de trabalho dos profissionais e mediante a apreciação de outro profissional da equipe de saúde. Percebe-se a relevância de um protocolo hospitalar para que a assistência psicológica seja obrigatória para todas as mães em situação de perda neonatal desde a comunicação da notícia, alta hospitalar e a continuidade da intervenção.

Palavras-chave: Maternidade, Luto, Luto neonatal.

Índice

Declaração de originalidade	ii
Agradecimentos.....	iii
Dedicatória	iv
Declaração de Honra	v
Resumo.....	vii
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	11
1.1. Introdução.....	11
1.2.Contextualização	12
1.3.Formulação do problema.....	13
1.4.Objectivos.....	15
1.4.1.Objectivo Geral	15
1.4.2.Objectivos específicos.....	15
1.5.Justificativa.....	16
1.5.1.A nível social.....	16
1.5.2.A nível científico	16
1.6.Perguntas de pesquisa.....	16
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1.Definição de conceitos	17
2.1.1.Maternidade.....	17
2.1.2. Significado da maternidade do ponto de vista social	17
2.1.3.Luto	18
2.2.Fases do luto.....	19
2.3. Tipos de luto.....	20
2.3.1.Luto normal	20
2.3.2.Luto complicado.....	20
2.3.3.Luto prolongado	20

2.3.4.Luto adiado e Luto inibido	21
2.3.5. Luto não autorizado ou não reconhecido	21
2.3.6. Auto não reconhecimento do Luto	21
2.4.Factores que influenciam o processo de luto	21
2.5. A perda neonatal como um tipo especial de luto.....	23
2.6. A comunicação da morte neonatal	24
2.7.Importância do psicólogo e da sua intervenção em casos de luto neonatal	25
2.8. Teorias psicológicas sobre o luto	27
2.8.1.Perspectiva Psicanalítica	27
2.8.2. Terapia Cognitivo-Comportamental	29
CAPITULO III: METODOLOGIA	32
3.1. Descrição do local de Pesquisa	32
3.2. Tipo de pesquisa.....	32
3.3. Caracterização dos participantes.....	33
3.4.Instrumento de recolha de dados.....	33
3.5.Técnica de análise de dados	33
3.6. Princípios Éticos.....	33
3.7. Limitações da pesquisa.....	34
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	35
4.1. Dados dos participantes da pesquisa	35
4.2 Protocolo hospitalar para mães com perda neonatal.	35
4.3. Percepção do psicólogo sobre luto neonatal	40
4.4. Importância do psicólogo e da sua intervenção em mães em casos de luto neonatal	42
4.5. Intervenção Psicológica as mães em casos de luto neonatal	44
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	49
6. Bibliografia.....	53
Apêndice A. Termo de Consentimento Informado	60

Apêndice B. Guião de entrevista.....	62
Anexo A: Autorização para recolha de dados	63
Anexo B. Organograma.....	65

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1.1. Introdução

A maternidade é um momento de grande expectativa e alegria para muitas mulheres, no entanto, nem todas as mães têm a oportunidade de vivenciar essa experiência de maneira plena devido a perda neonatal, que vai além da perda física, envolve também a morte de sonhos, esperanças e expectativas da maternidade. Nesse sentido, a morte de um filho antes de seu nascimento ou logo após, representa uma perda imensurável para aqueles que vivenciam, principalmente para a mãe.

Nos casos da morte neonatal, a família como um núcleo só vivencia o luto, mas é para a mulher que a dor acaba sendo mais impactante e sofrida emocionalmente devido não somente ao facto de que a gravidez afecta o seu corpo directamente a partir das mudanças físicas e psicológicas, mas também ao facto desta mulher vivenciar a perda fisicamente. Além disso, muitas vezes atribui o insucesso da gravidez a si própria, vendo-se como impotente e incapaz de gerar filhos (Callister, 2006; Heustis & Jenkins, 2005 citado por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

Percebe-se a necessidade do suporte psicológico a mulher que pode se ver afectada com inúmeras mudanças decorrentes do processo gestacional, de puerpério e da própria perda. A psicologia pode entrar em contacto com essa mulher tanto no hospital, quanto fora, em consultórios, unidades de saúde de diversos âmbitos e trabalhos na comunidade, portanto, a psicologia possui um papel importante no suporte emocional durante o processo do luto, de modo que o profissional precisa estar preparado para lidar com tal demanda.

A motivação em desenvolver esta pesquisa surgiu a partir de uma experiência vivenciada de um caso específico de sofrimento emocional relacionado ao luto neonatal e sendo um tema pouco estudado, a pesquisadora viu uma oportunidade de aprofundar mais este assunto, de forma a contribuir para o crescimento de seu conhecimento sobre o tema, e principalmente na carreira profissional enquanto psicóloga social e comunitária, uma vez que, permite adentrar em uma das áreas de actuação profissional (o luto neonatal).

Com este trabalho, pretende-se analisar a actuação do psicólogo em casos de luto neonatal. Neste contexto, o principal foco do presente estudo está relacionado ao processo de actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal no contexto hospitalar. No caso particular, o estudo centra-se- durante o período de internamento após o parto e antes da

alta destas mães no departamento de ginecologia e obstetrícia de dois hospitais gerais da Cidade de Maputo no período de 2022-2023.

A presente monografia apresenta cinco capítulos e irá obedecer a seguinte estrutura: O primeiro capítulo apresenta a introdução, a contextualização, formulação do problema, objectivos geral e específicos, as perguntas de pesquisa e a justificativa do estudo. O segundo capítulo é constituído pela revisão da literatura, onde aborda-se os conceitos básicos, e os tópicos referentes a temática. O terceiro capítulo centra-se na abordagem metodológica tendo em conta a população e participantes, técnicas de recolha e análise dados e as questões éticas. O quarto capítulo foca-se na apresentação e discussão dos dados obtidos através da entrevista semi-estruturada à luz dos objectivos e das perguntas de pesquisa. No quinto capítulo apresenta-se a conclusão e as respectivas recomendações. E por fim, expõem-se as referências bibliográficas, os apêndices e anexos que auxiliaram na elaboração do trabalho.

O presente estudo surge no âmbito de um dos requisitos para a obtenção de grau académico de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária na Universidade Eduardo Mondlane, cujo tema é: Análise da actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal.

1.2.Contextualização

Compreende-se por mortalidade neonatal os óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias de vida, o qual se subdivide em precoce (ocorre na primeira semana de vida) e tardia (ocorre entre o sétimo e 27º dia de vida) (Gaiva, Fujimori & Sato, 2015).

Em relação à mortalidade neonatal, dados da Organização Mundial da Saúde (2019) apontam discrepâncias na Taxa de Mortalidade Neonatal levando em consideração a distribuição entre países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos no período de 1990 a 2019. Os dados revelam que neste período a TMN de Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e Japão foram 3,4/1.000 Nascidos-vivos, 3,6/1.000 Nascidos-vivo, 2,6/1.000 Nascidos-vivos e 0,9/1.000 Nascidos-vivos, respectivamente. Enquanto Brasil, Bolívia, Guatemala e Panamá a TMN foi de 8,5/1.000 Nascidos-vivos, 14,9/1.000 Nascidos-vivo; 12,7/1000 Nascidos-vivo e 8,8/1.000 Nascidos-vivos, respectivamente. Por outro lado, países como Paquistão e República Africana Central apresentaram TMN de 43,0/1.000 Nascidos-vivos e 41,8/1.000 Nascidos-vivo, respectivamente.

Na classificação de países em desenvolvimento consta Angola, um país com uma população de 24,4 milhões de habitantes com taxa de fecundidade de 5,7% e expectativa de vida de 57,2 para os homens e 63,0 para as mulheres. Entretanto, entre os anos de 2011 e 2015, estima-se que a taxa de mortalidade infantil neonatal em Angola tenha sido de 44 mortes a cada 1000 nascidos vivos (IIMS, 2016).

Em Moçambique a TMN de acordo com a UNICEF (2020) é de 30 por 1000 nascidos vivos. No país, 30% das mortes de recém-nascidos ocorrem nas primeiras 24 horas de vida (MISAU, 2017).

Ainda sobre Moçambique, de acordo com o Ministério da Saúde (2017), a grande maioria das mortes neonatais relatadas ocorre em hospitais centrais (44%) e provinciais (36%), aos quais os bebés são frequentemente referidos, uma vez que estas instalações são as mais bem equipadas e têm os recursos humanos mais qualificados para lidar com casos complicados. Nas zonas rurais, a auditoria de morte neonatal de 2017 identificou que os trabalhadores da saúde não tinham acesso à eletricidade para operar equipamento médico, monitorar sinais vitais e, que o equipamento estava mal conservado. Além disso, os trabalhadores de saúde tinham competências inadequadas para implementar protocolos de salvamento de vidas de recém-nascidos, incluindo a reanimação e gestão de prematuridade, bem como um conhecimento inadequado das condições patológicas dos recém-nascidos.

O lento declínio da mortalidade neonatal ao longo dos anos, de acordo com o MISAU (2019) tem sido motivo de preocupação. Ainda, de acordo com o MISAU (2019) devido à elevada TMN em Moçambique, foi realizado um Plano de Acção para cada Recém-Nascido, num intervalo entre 2019-2023 com o objectivo de reduzir da TMN de 30 por 1.000 nascidos vivos em Moçambique para 19,3 por 1.000 nascimentos vivos até 2023.

1.3. Formulação do problema

Nos tempos da Idade Média, a morte de uma criança era simplesmente desvalorizada uma vez que a criança era percebida como um ser sem personalidade. Já no século XVII predominava a indiferença materna, pois com um alto índice de mortalidade infantil, as mães não queriam se apegar a seus bebés para que não houvesse sofrimento caso viesse a falecer, porém, Badinter (1990) citado por Nascimento (2021) relata que alguns bebés morriam justamente em decorrência do desinteresse da mãe pelo bebé.

Ainda em relação à morte do bebé, Chiattonne (1998) citado por Carvalho e Meyer (2007), refere que nos meados do século XIX, as concepções sobre a morte de uma criança sofreram mudanças, começando a ser interpretado como um acontecimento importante. Às crianças que partiam eram-lhes associados lugares distintos no céu, sendo atribuída a designação de “anjos” ou de “santos”, pelas mães. Desta forma, a morte de uma criança começou a ser valorizada e percebida como um acontecimento de tristeza profunda.

A perda de um filho, em qualquer momento, é uma das experiências mais traumáticas para o ser humano, e pode resultar numa crise intensa, com consequências para o bem-estar físico, psicológico e social da mulher, e do seu ambiente (Astakhov, 2022; Delgado et al., 2023; Fernández-Ordóñez et al., 2021; Gabriel et al., 2021; Huss, 2021; Iwanowicz-Palus et al., 2021).

Beauvoir (2016, p. 31), explica que em muitas culturas, a mulher e a maternidade são indissociáveis. Ideias romantizadas sobre a maternidade permeiam o imaginário e as narrativas sobre a construção do “ser mulher” e da feminilidade, atrelando inexoravelmente a condição feminina à procriação.

Em África a maternidade ocupa o campo do sagrado, influenciada por mitologias e tradições locais desde sempre. De acordo com Akujobi (2011, p. 3), a maternidade é doada por Deus e por isso é sagrada, sendo a principal função da mulher. Ainda, de acordo com este autor, esses mitos sobre a mulher existem desde os tempos primordiais e reafirmam que a maternidade é uma parte essencial de ser mulher, sem a qual a mulher é vazia.

Mia Couto em sua obra intitulada “A confissão da Leoa (2012)”, explica que em diversas sociedades tradicionais moçambicanas, principalmente as do Sul, o valor da mulher está sobretudo vinculado à sua função procriadora, o que faz com que, a destituição desta potencialidade remeta a um processo de depreciação do ser feminino. Ainda, de acordo com Couto (2012, p.121) a infertilidade na sociedade moçambicana é considerada uma morte social. Neste sentido, a actividade materna é, para o pensamento tradicional uma forma de representação da essencialidade e relevância do ser feminino.

Para a mulher, de acordo com Gerber-Epstein, Leichtentritt e Benyamini (2009) a gravidez representa a realização de um sonho, porém esse sonho transforma-se em tormento, angústia e aflição quando a gravidez não desenvolve. É um momento extremamente frágil,

onde a mulher precisa de uma rede de apoio e de uma assistência com profissionais de saúde mental (Lemos & Cunha, 2015).

Para Carvalho FT e Meyer L (2007), a estrutura organizacional do hospital e os procedimentos hospitalares acabam acentuando a vulnerabilidade dessas mulheres. Em virtude dessa deficiência estrutural na maternidade, a forma como a notícia é dada e as experiências que essas mães terão de passar vivenciando um sentimento de fracasso e incapacidade por não terem seus filhos ao seu lado, acredita-se que isso possa gerar nessas mulheres comportamentos depreciativos com a família e a equipe profissional.

Importa referir ainda, que em relação a estrutura organizacional do hospital, de acordo com Lemos e Cunha (2015) na maioria das vezes a perda neonatal obriga a mulher a passar um tempo internada no hospital, podendo até mesmo dividir o quarto com gestantes, puérperas e recém-nascidos, colocando estas mães fragilizadas física e emocionalmente e, por isso, precisam do acolhimento, atenção e suporte de toda rede de apoio que possuem, incluindo os profissionais de saúde da instituição (Nazaré et al., 2010).

Diante dos factos expostos e considerando o contexto moçambicano onde, de acordo com a Fundo das Nações Unidas para a Infância (2020) e o Ministério da Saúde (2017) as TMN são relativamente altas, e assiste-se a uma exiguidade dos profissionais de psicologia em contextos hospitalares, surge a seguinte pergunta de partida: *Como é a actuação do psicólogo para mães em situação de perda neonatal?*

1.4.Objectivos

1.4.1.Objectivo Geral

- Analisar a actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal.

1.4.2.Objectivos específicos

- Identificar o protocolo hospitalar com as mães em casos de luto neonatal desde a perda até à alta hospitalar;
- Compreender a percepção do psicólogo sobre o luto neonatal;
- Demonstrar a importância do psicólogo e da sua intervenção em mães em casos de luto neonatal;
- Descrever a intervenção do psicólogo em mães em casos de luto neonatal.

1.5.Justificativa

1.5.1.A nível social

Estudar a questão do luto neonatal, é de extrema importância na medida em que por vezes esta situação não é reconhecida socialmente, levando muitas mulheres a não encontrar suporte e validação do seu sofrimento em meio às relações sociais, tendo a sua perda minimizada.

É perceptível que em determinados grupos culturais pressupõe-se que nos casos de morte neonatal ainda não existia o vínculo mãe-bebé. Sendo assim, o desenvolvimento do presente estudo e pesquisa, mostra-se de bastante relevância para alertar a sociedade sobre o significado e a representação de um filho para uma mulher, requisitando portanto, da sociedade a legitimação e acolhimento deste sofrimento.

1.5.2.A nível científico

O desenvolvimento do presente estudo mostra-se relevante para os profissionais de psicologia, e para os profissionais das diversas áreas. Na medida em que possibilitará reflexões, suporte para formular estratégias de acolhimento, auxílio no manejo a esta perda, possíveis práticas psicológicas de cuidado à saúde da mulher nesse cenário a medida que servirá para ampliar e explorar suas competências, no atendimento às mães enlutadas, no conhecimento na área de luto neonatal, bem como trazer evidências científicas em uma área onde o psicólogo clínico e o social são chamados a intervir.

1.6.Perguntas de pesquisa

Este estudo tem por base as seguintes perguntas de pesquisa:

- Qual será o protocolo hospitalar com as mães em casos de luto neonatal?
- Qual será a percepção do psicólogo sobre o luto neonatal?
- De que forma é importante o psicólogo e a sua intervenção com mães em casos de luto neonatal?
- Como é que ocorre a intervenção do psicólogo com as mães em casos de luto neonatal?

CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Definição de conceitos

2.1.1. Maternidade

Em “Representations of Motherhood”, Bassin, Honey e Kaplan (1994) citado por Guerra, Nascimento, Duarte e Francisco (2023) assinalam que a maternidade é uma temática complexa, pois afecta níveis diversos, inclusive o pessoal afinal, todos os seres humanos, inevitavelmente nasceram de uma mãe. É o facto de dar à luz a um bebê que dá a mulher a condição de mãe biológica.

Para autores como Sau (2000) citado por Guerra, Nascimento, Duarte e Francisco (2023), a maternidade em nossa sociedade diz respeito ao facto das mulheres assumirem, de forma particular e concreta, o processo biológico da gestação e parto, assim como, os cuidados posteriores que um ser humano requer, por um período mais ou menos longo de sua existência.

A maternidade, para o dicionário Michaelis (2019), pode ser definida como estado ou qualidade de mãe; ou de maneira jurídica, define-se maternidade como laço de parentesco que une a mãe e filho. No entanto para a psicologia, partindo da psicanálise, é possível definir como a inscrição de um desejo que não seja anônimo (Moura, 2013).

Entende-se, portanto, que a maternidade não é somente uma função biológica, mas também uma construção socialmente estabelecida, na qual a mulher exerce sua identidade enquanto figura materna e enquanto pessoa, ou seja, a maternidade é um caminho indispensável para a confirmação do ser mulher, a existência feminina é autenticada no momento em que a mulher torna-se mãe.

2.1.2. Significado da maternidade do ponto de vista social

O significado social atribuído à maternidade, para Souza (2019), pode ser entendido como uma “normativa no que se refere à dimensão da norma social” (p. 62). Na compreensão da autora a maternidade é vista como regra, como um dever, que muitas vezes sacrifica os desejos da mulher e ainda dita o modo em que as mães precisam se comportar. Além disso, ela problematiza a supervalorização que as mídias atribuem ao papel da mãe através de romantizações acerca da maternagem e critica a prática da maternidade compulsória. A autora afirma que muito dificilmente a mulher escolhe ser mãe livre de pressões e que isso acontece de forma estrutural, através da família, do parceiro, do relógio biológico, ou pela

falta de orientação sobre uso de contraceptivos. Logo, as mulheres seguem sofrendo com a maternidade compulsória que segundo ela também é a “prática pela qual a conduta feminina é regulada” (p. 59).

Culturalmente, a maternidade é compreendida como um período marcante no desenvolvimento da mulher, onde a construção desse processo pode ser observado antes da concepção em si. De acordo com Piccinini, Lopes, Gomes e Nardi (2008) as primeiras manifestações desse desejo são comumente observadas nas actividades lúdicas infantis, perpassando pela fase da adolescência, desejo de ter filhos e a gravidez de facto. Os aspectos sociais e culturais corroboram para que a maternidade seja um sonho para muitas mulheres (Piccinini et al, 2008).

Dessa forma, as mulheres são envolvidas por mitos românticos sobre a maternidade desde a infância e quando crescem isso se sustenta. De acordo com Machado, Penna e Caleiro (2019) mesmo as que decidem por não terem filhos, acabam exercendo a maternagem, seja através de algum familiar ou até através do cuidado com plantas e animais, isso se dá principalmente porque esse é um papel socialmente e culturalmente atribuídos a elas.

Nesse sentido, Azevedo (2017) ressalta também, ao longo dos anos amplificou-se o pensamento de que a maternidade era inata, biológica e instintiva à mulher, independente de outros factores, como a cultura e a condição socioeconômica. Assim, ainda há o retrato de que toda mulher deve experimentar a maternidade para alcançar a completude, para experimentar o amor incondicional.

2.1.3.Luto

Segundo Gesteira, Babosa e Endo (2006), Franco (2010) e Bousso (2011) compreende-se o luto como uma reação normal e esperada diante de um rompimento de vínculo mediante a perda de alguém ou de algo significativo na vida. Destaca-se que a perda desses vínculos causa imenso pesar, sendo esta reação tão intensa que, por algum tempo, obscurece todas as outras fontes de dificuldade. Sendo a consequência da experiência de perda a partir do momento em que o indivíduo é afectado pelo término de uma relação, de um projecto ou de um sonho. Envolve um sofrimento emocional intenso, profunda tristeza e abrange um processo dinâmico, individualizado e multidimensional.

Freitas (2013), a partir de visão fenomenológica, diz que o luto ocorre a partir da morte do vínculo entre o morto e o enlutado. A ausência do outro se apresenta como perda de sentido

da vida, exigindo que haja uma resignificação de todos os processos que envolvem o sujeito. Sendo assim, é necessário que haja novas formas de “ser-no-mundo”, já que as experiências anteriores não podem ser vivenciadas novamente.

Stroebe, Boener e Schut, definiram o luto, segundo Franco (2021, p. 98), como a experiência emocional expressa pelas reações físicas, psicológicas, comportamentais e sociais que a pessoa enlutada vive em consequência da morte de alguém amado.

Entende-se, portanto, o luto como uma resposta emocional em uma situação de perda ou rompimento de um vínculo que envolve consequências nas esferas sociais e psicológicas.

2.2.Fases do luto

Em função da importância de compreendermos os diferentes estudos significativos sobre luto e a forma como diferentes autores definiram tais fases, descreveremos os estudos de Kubler-Ross, autora que se destaca no aprofundamento de tais questões, sendo referência no assunto.

A médica Kubler-Ross (2011), em seu estudo elaborado a partir da observação de doentes terminais e suas reações diante da morte iminente e, mais tarde, ampliado para as questões de perdas e lutos, publicado no livro *Sobre a morte e o morrer*, discorre sobre as cinco fases ou estágios do luto: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Os estágios do luto são mecanismos de defesa psíquica usados pela pessoa para lidar com factos de difícil aceitação. No estágio da negação, o sujeito encontra-se frente a uma realidade inaceitável. Nesse sentido, fugir é a reação inicial que funciona como um para-choque para uma notícia chocante, com o passar do tempo a negação possibilita que a pessoa se recupere e reaja de forma diferente. A raiva, como segundo estágio, traduz a dor que a pessoa está sentindo, expressa por meio de sentimentos de revolta, inveja e ressentimento. No estágio da barganha, a pessoa volta-se à sua crença, responsabilizando Deus pela situação vivida e como detentor de poder para mudar a realidade, a vida torna-se negociável com o ser superior. A depressão é a fase de preparação para a aceitação da morte, a pessoa recolhe-se ao mundo interno, sentindo-se impotente diante da situação. Existem dois tipos desse transtorno, denominado por reactiva e preparatória: a primeira envolve preocupações tidas como naturais de quem quer partir deixando a vida organizada, na segunda é dada ênfase às perdas iminentes, onde a qualquer momento o paciente estará se desvinculando de pessoas e objectos que ama. A aceitação é o último estágio, nesse

momento a pessoa entende a realidade da morte encerrando sua luta contra essa realidade (Kubler-Ross, 2011).

Salientamos que a autora apresenta os estágios do luto numa sequência didática, no entanto, o ser humano pode vivenciar esses estágios de forma diferenciada, alternado entre as fases, estagnando em uma delas, ou nem sequer consegue chegar à fase da aceitação.

2.3. Tipos de luto

2.3.1.Luto normal

O luto normal, de acordo com Parkes (1998) citado por Basso e Wainer (2011) é uma resposta saudável a um factor estressante que é a perda significativa de um ente querido. Neste tipo de luto, de acordo com Lemos e Cunha (2015), o impacto da perda pode ser amenizado em um curto espaço de tempo, a partir da formação de novos vínculos substitutivos, de investimentos em novas actividades e de aceitação do apoio social.

2.3.2.Luto complicado

A definição do luto complicado, de acordo com Franco (2010) pode ser caracterizado por uma desorganização pessoal vivida após alguma perda. Essa desorganização pode impedir de retomar as suas actividades, antes realizadas com prazer e qualidade.

2.3.3.Luto prolongado

O luto prolongado caracteriza-se por sintomas específicos de sentimentos de saudades intensas, o qual gera de acordo com Delalibera, Delalibera, Franco, Barbosa e Leal (2017), um imenso anseio pelo que foi perdido, descrença ou dificuldade em aceitar a morte, dormência emocional, choque ou confusão, sensação de que a vida é vazia ou sem significado, sentimentos de amargura ou revolta, desconfiança em relação aos outros, sentimento de que parte de si também morreu, resultando em dificuldade em continuar com a própria vida, comprometendo a actividade social e/ou ocupacional.

Holland, Neimeyer, Boelen e Prigerson (2009), consideram que as reações patológicas do luto prolongado se definem principalmente pela severidade dos sintomas, que persistem por seis meses ou mais após a perda do ente querido. Portanto, de acordo com o consenso diagnóstico, tanto o luto complicado, quanto o prolongado não pode ser diagnosticado até os seis primeiros meses após perda.

2.3.4. Luto adiado e Luto inibido

Luto atrasado, de acordo com Rando citado por Fonsêca (2021), é aquele que o sobrevivente de maneira directa ou indirecta acaba por postergar os sintomas e o processo do luto, impedindo que este seja vivido, o que resulta em reacções secundárias como hiperatividade, raiva excessiva, etc. O mesmo autor, refere que, o luto inibido é onde o enlutado não se permite passar pelo processo do luto.

Barbosa (2010), explica que o processo de luto é adiado, inibido, uma vez que o sofrimento provocado pelas perdas ultrapassou a capacidade de elaboração do indivíduo. As expressões de luto são suprimidas ou inibidas, e pequenos acontecimentos podem desencadear reacções intensas, mesmo alguns anos após a perda, as respostas a uma perda recente podem parecer desapropriadas ao grau da mesma, os enlutados não conseguem falar sobre o falecido sem expressões acentuadas de luto. Essa forma de luto complicado é mais típica em relações de marcada ambivalência.

2.3.5. Luto não autorizado ou não reconhecido

Franco (2021, p.147), refere que o luto não autorizado ou não reconhecido é aquele que não pode ser expresso e vivenciado abertamente, por censura da sociedade ou do próprio enlutado, quando o vínculo rompido não é validado ou quando o enlutado não é entendido como tal.

2.3.6. Auto não reconhecimento do Luto

O não franqueamento inicia-se com o próprio enlutado, que se censura, de forma consciente ou inconsciente, operando psicologicamente sobre seu próprio comportamento e inibindo sua expressão de pesar (Casellato, 2015). Essa situação abordada reflecte o que Kauffman, citado por Casellato (2015), denominou de auto não reconhecimento do luto. Então, no luto não reconhecido ou não autorizado pode ocorrer do próprio enlutado comportar-se como agente e vítima da repressão e da crítica que traz a não identificação do estado de luto.

2.4. Factores que influenciam o processo de luto

Existem determinados factores que podem alterar a forma como as pessoas vivenciam o luto, factores estes que, de acordo com Worden (1983) citado por Fonsêca (2021) se podem dividir em seis categorias: características do morto; natureza da relação de vinculação; circunstâncias da perda; história pessoal; personalidade e variáveis sociais.

Na primeira categoria, característica do morto, é pertinente recolher informação sobre o morto para depois compreender melhor as reações da pessoa à perda.

Na segunda categoria, natureza da relação de vinculação, é necessário ter em conta o tipo de relação que a pessoa mantinha com a pessoa perdida, assente em sentimentos de segurança, apoio, intensidade ou ambivalência, percebendo que papéis é que a pessoa preenchia na vida do enlutado. Ao aprender a viver sem um significativo, quem sofreu a perda tem frequentemente de se confrontar com esperanças e sonhos futuros destruídos.

Na terceira categoria, circunstâncias da perda, de acordo com Exline, Dorrity e Wortman, 1996 citado por Fonsêca (2021), há determinadas circunstâncias que podem influenciar o processo de luto. Consoante a forma como a morte ocorre, a reação da pessoa que sofre a perda será diferente. Isto é particularmente verdade para perdas repentinas, inesperadas, violentas e/ou traumáticas. As perdas traumáticas aumentam frequentemente a sensação de irrealidade de a perda ter ocorrido, podem evocar elevados níveis de raiva, ansiedade e culpa e podem desafiar a sensação de auto-eficácia.

A quarta categoria, história pessoal, refere-se à experiência da pessoa relativamente a perdas em geral, e a perdas significativas em particular, que pode influenciar a forma como a pessoa lida com o luto.

Na quinta categoria, designada personalidade, Exline, Dorrity e Wortman, 1996 citado por Fonsêca (2021) referem que as características individuais têm um peso fundamental na forma como a pessoa lida com o processo de luto, nomeadamente com sentimentos como o estresse e a ansiedade. A idade, o sexo, a tolerância de emoções, os estilos de vinculação e os temperamentos inseguros e ansiosos, a capacidade de partilhar sentimentos com os outros, o estilo cognitivo, o estilo de coping, o auto-conceito, história de depressão ou outras perturbações, são alguns exemplos de características a ter em conta, que poderão ajudar a compreender a forma como o sujeito lida com o luto.

Por último, a sexta categoria designada de variáveis sociais, o luto é, em parte, um fenómeno social, estando presentes valores sociais, culturais e religiosos que condicionam a reação à perda (podem facilitar ou dificultar o processo). Existem algumas condições sociais que podem dar origem a um processo de luto mais complicado, nomeadamente quando a perda é socialmente inesperada, quando a perda é socialmente negada e quando há ausência de uma rede de suporte social (Worden, 1983 citado por Fonsêca, 2021).

2.5. A perda neonatal como um tipo especial de luto

O luto neonatal, de acordo com Nogueira, Costa, Pinto, Alves e Rosa (2013) corresponde ao número de óbitos em crianças que, tendo nascido vivas, não completam o 28.º dia.

Para Freitas e Michel (2014) a perda de um filho, desenvolve muitos sentimentos e cada mãe terá uma experiência distinta da outra. Quando a morte acontece com alguém amado, principalmente quando se remete a morte de um filho, a dor experimentada pela mãe se torna excepcionalmente árdua.

Na morte neonatal, entende-se de acordo com Bartilotti (2007) que a morte do bebê também significaria a morte de uma “mãe”, pois a sua identidade materna, construída lentamente ao longo da gestação, é abruptamente interrompida. Logo, devido à impossibilidade de gestar o próprio filho, surgem esses sentimentos de frustração, fracasso e inferioridade.

Em conformidade, Faria-Schutzer, Lovorato, Marchetti, Maria e Ribeiro (2014), exploram a questão dos impactos emocionais decorrentes da perda. Para eles, os sentimentos como a culpa são recorrentes nesta situação e a perda do bebê pode gerar estados depressivos. O sentimento de culpa pode estar relacionado com certa necessidade de compreender algumas causas realmente explicativas do que aconteceu, tendo em vista que o emocional e o psíquico tendem a ficar mais frágil diante daquilo que se desconhece (Duarte; Turato, 2009 citado por Faria-Schutzer, et al., 2014). Ainda em relação a culpa, para Lemos e Cunha (2015) existe devido a uma fantasia que é criada em torno da gravidez que não progrediu e isso pode estar relacionada com a ideia de fracasso pois, a mulher passa a acreditar que o funcionamento de seu corpo age de forma incorreta. Nesse sentido, o autor afirma que é provável que isso aconteça pelo facto dessas mulheres terem tido sensações diferentes em gravidez anteriores. Ou ainda, é possível que a culpa e ideia de fracasso estejam atreladas com o que Trindade e Enumo (2002) citado por Sousa e Lins (2020), explicam sobre a maternidade ter sido tradicionalmente propagada e internalizada como o maior ideal feminino, como sendo função da mulher.

Ainda em relação aos impactos emocionais decorrentes da perda do filho, Carvalho e Meyer (2007) afirmam que a mulher passa a apresentar uma degradação da autoimagem, pelo sentimento de incapacidade, de que seu corpo não pode comportar uma gravidez ou pela crença de que não foi suficiente para desempenhar seu papel biológico e dentro do casamento, pois existe a crença de que um dos importantes papéis da mulher dentro do

casamento é a procriação, então quando o bebé morre a mulher acredita que não foi capaz de cumprir esse seu papel.

Costa, Mota e Milheiro (2013) referem que com essa perda, surgem diversos sentimentos tais como angústia, solidão, desespero, tristeza, fracasso, perda, dor, desamparo e a frustração.

Quanto ao sentimento de angústia, este manifesta-se para Faria-Schutzer et al. (2014), durante o recebimento da notícia da perda, ou seja, a confirmação de que lamentavelmente não se tem mais um bebé, e que seus batimentos cardíacos não mais funcionam, então essa mulher vivencia sensações angustiantes e que ao mesmo tempo podem fazer surgir um estado de descrença e negação. Essas emoções que as mães sentem surgem logo na fase inicial para que o psiquismo de certa forma consiga uma reorganização frente a elaboração do luto e toda situação emocional (Faria-Schutzer et al., 2014).

Giron (2008) evidencia que quando se perde um filho, perdem-se muitas perspectivas de futuro, pois é nele que se depositam sonhos e projectos. Igualmente Freitas (2000) reforça esta ideia ao apresentar o sofrimento vivido com a morte de um filho como algo indescritível, pois este filho foi muito esperado e acalentado, e que havia sonhos e expectativas que terminaram bruscamente. Neste sentido, de acordo com Santos, Carvalho, Fernandez, Henriques e Moreira (2012) é extremamente importante executar uma intervenção diferenciada na assistência a estas mulheres.

A nível institucional de acordo com Muza, Sousa, Arrais e Iaconelli (2013), é detectável a importância atribuída aos psicólogos. São considerados elementos chave para a elaboração do luto junto das mulheres/casais, uma vez que através da sua prática o psicólogo provoca a transportabilidade para a realidade e promove a expressão de emoções e de sentimentos.

2.6. A comunicação da morte neonatal

A comunicação da morte de um filho que deveria nascer com um choro vigoroso é um momento ingrato para qualquer profissional de saúde, vê-se confrontado com o paradoxo na Obstetrícia, em que o objectivo é proporcionar vida, e pelo contrário, transmite a constatação da morte (Keating & Seabra, 1994 citado por Alves, 2018).

A forma como a notícia será dada é fundamental. De acordo com Esslinger (2004) citado por Quintans (2018) o processo de comunicação (verbal e não verbal) deve ser claro e

acolhedor, respeitando a verdade do paciente, que é subjectiva, mas lhe oferecendo a realidade dos factos. Nesse processo, a equipe de saúde tem que estar preparada, afinal, coerência e conhecimento caminham juntos, logo, a equipe precisa de informações para ser coerente. Para alcançar uma comunicação eficaz, é imprescindível, primeiro, escutar.

Alguns factores devem ser respeitados no momento da comunicação, como refere Esslinger (2004) citado por Quintans (2018), entre eles: a preparação de um cenário para este momento; evitar dar a notícia a uma pessoa que esteja sozinha; avaliar o estado emocional e físico do receptor da notícia; descobrir o que ele quer saber e o quanto ele já sabe; dar a informação de forma gradual e ser realista sem tirar a esperança. É fundamental que se verifique como se sente após o recebimento da informação, planejar e combinar seu acompanhamento, além de se assegurar de que ele dispõe de suporte emocional de outras pessoas, de forma que seja extensivo.

O profissional que irá dar a notícia deve se preparar para a partilha das informações, saber como ele está se sentindo naquele momento, dedicando um espaço de tempo para essa comunicação. O seu tom de voz deve ser suave, porém, firme, usando um vocabulário adequado ao nível cognitivo e socioeconômico do paciente, fazendo pausas e dando a oportunidade de fala ao paciente, verbalizando compaixão e solidariedade ao sofrimento do outro, além da validação de sua compreensão. É importante também uma verbalização sobre sua disponibilidade para o cuidado e não abandono, deixando claro como e onde poderá encontrá-lo se for necessário (Esslinger, 2004 citado por Quintans, 2018).

Apesar do intenso impacto ocasionado pela perspectiva do noticiamento da perda de um filho, Tenório, Abelar e Barros, (2019), apontam que a comunicação da equipe de saúde pode ser um ponto essencial para promover uma melhor elaboração e minimização de sofrimento por parte da gestante e familiares.

2.7.Importância do psicólogo e da sua intervenção em casos de luto neonatal

Culturalmente as pessoas acreditam que a maternidade se trata de um acontecimento natural e instintivo, no qual o nascimento do bebé é encarado como momento de alegria (Arrais & Mourão, 2013). Os autores Gorayeb, Marcolin, Berezowski, Okido e Duarte (2015), apontam também que este período é marcado por transformações nos aspectos sociais, biológicos, conjugais e psicológicos da vida da mulher. Existe então, uma necessidade de ajustamento emocional e adaptação frente as modificações corporais e dos papéis sociais.

O luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública de acordo com Kovács, (2005) citado por Azevedo e Siqueira (2020), dado o grande número de pessoas que adoecem em função de uma carga excessiva de sofrimento, sem possibilidade de que este seja elaborado o que requer atenção e intervenção psicológica, visto que o psicólogo é um grande facilitador do processo de luto (Kovács, 2005 citado por Azevedo & Siqueira, 2020).

Em relação ao papel do psicólogo, destacamos Muza et al. (2013) que compreenderam a importância da psicologia nesse processo, sendo o profissional mais recomendado para enxergar as ações do enlutado, de modo a realizar um profundo trabalho psíquico. Estes autores sugerem a certificação do profissional da psicologia nas instituições hospitalares, possibilitando um lugar de escuta, um olhar mais humanizado.

O psicólogo é um profissional ímpar diante da situação emocional da mulher em situação de perda, principalmente no âmbito hospitalar, amparando adequadamente as demandas das pacientes e seus familiares, bem como no processo de sensibilização da equipe de saúde, atuando em parceria e fornecendo orientações e esclarecimentos em situações consideradas delicadas (Silva & Nardi, 2011).

O papel do psicólogo conforme refere Pereira, Gonçalves, Loyola, Anunciação, Reis e Lany (2018) nesse momento tem como finalidade facilitar a compreensão desses sentimentos e expressão da dor da perda desse bebê. Para que possa acontecer uma elaboração da perda desse filho, a mãe e a família precisam construir uma nova realidade, onde precisa considerar o investimento e as expectativas quanto ao futuro de um filho que já não se encontra mais presente.

Diante disso, segundo Muza et al. (2013) nas instituições hospitalares normalmente é atribuído ao profissional de psicologia a função de manejar os momentos iniciais envolvendo a perda, por acreditar possuir competências e habilidades necessárias para ofertar um espaço de escuta, acolhimento, cuidado e sobretudo, de expressão dos sentimentos e emoções vivenciadas no momento.

Diante da perda do bebê e do processo de luto neonatal, Sanches e Freitas (2017) consideram que o psicólogo hospitalar tem em sua atuação o acolhimento de forma empática e humanizada da dor daquela mãe, oferecendo um espaço de escuta a fim de dar algum grau imediato de alívio a dor sentida pela mãe, auxiliando assim a compreensão do

ocorrido para que consiga expressar seus sentimentos. Desta maneira, o psicólogo ali presente terá o papel de sustentar a dor da mãe e da família para que assim consigam viabilizar a elaboração do luto e ressignificação da perda do bebê, para que isso ocorra da melhor forma, é importante ressaltar que o psicólogo esteja inteiro para lidar com a dor do outro, e para isso o mesmo precisa suportar suas próprias inquietações. É de extrema relevância que o psicólogo procure conhecer o histórico de vida e da gestação da paciente e investigar se possui uma rede de apoio que possa lhe acolher e amparar em um momento tão delicado e difícil como a perda de um filho (Menezes & Marciano, 2019).

Ter um profissional qualificado na equipe de saúde que esteja disponível e atento a escutar a mãe e a família que perde o bebê garante de acordo com Sanches e Freitas (2017) uma assistência humanizada que não está preocupada somente com a dor física da mãe, mas em acolher a dor emocional. O psicólogo inserido na equipe de saúde que está prestando atendimento a esta mãe tem o dever de ressaltar a individualidade da paciente e os aspectos subjectivos do quadro clínico, como também contribuir na relação entre a mãe e a equipe de saúde, contribuindo para fornecer um atendimento humanizado para a mãe e a família em um processo doloroso que é a perda do bebê (Lemos & Cunha, 2015).

2.8. Teorias psicológicas sobre o luto

Segundo Parkes (1998) citado por Silveira (2020) perdas por morte podem demandar uma abordagem terapêutica devido a impactos negativos que acarretam vários aspectos na vida do enlutado. Partindo desse princípio, a psicologia tem muitas abordagens como, por exemplo: a terapia cognitivo comportamental e a terapia psicanalítica, entre outras que visam trabalhar com o luto em um âmbito clínico.

2.8.1. Perspectiva Psicanalítica

Em Luto e melancolia, Freud ocupou-se do tema do enlutamento a partir de como o indivíduo lida com a perda e como se constitui a partir dessa perda. Nesse contexto, Freud descreveu os sintomas do estado típico da experiência de luto como sendo o de profunda dor mental, de perda de interesse e de inibição das actividades (Freud, 2018 citado por Caramati, Brazil, Ferreira & Arreguy, 2023). Além disso, nessa visão psicanalítica proposta por Freud, o enlutamento foi denominado trabalho de luto e significou o confronto com a realidade da perda pela necessidade do psiquismo de manter um equilíbrio pulsional, de controlo e descarga de estímulos (Freud, 2018 citado por Caramati et al. 2023).

Para Freud o luto, justifica-se pelo facto de que como o objecto amado já não mais existe, é necessário “que toda a libido seja retirada de suas ligações com esse objecto.” Tal processo será cumprido “pouco a pouco com grande dispêndio de tempo e de energia de investimento (...) e uma vez concluído o trabalho de luto, o ego fica novamente livre e desinibido” (Freud, 2011. P. 49 e 51).

Quando a mãe perde seu filho, trata-se de uma perda real de um objecto amoroso. O vínculo que existia na relação mãe-filho é rompido pela morte e a mãe precisa enfrentar isso, sendo que em sua mente ocorre o que Freud chamou de trabalho do luto. (Freud, 1915 citado por Portela, Silva & Soriano, 2012).

Com a ausência do objecto amoroso, que até então estava enlaçado com a mãe, ela precisa reelaborar o vínculo que tinha com seu filho, porque agora ele está longe de sua realidade.

A cada uma das recordações e expectativas que mostram a libido ligada ao objecto perdido, a realidade traz o veredicto de que o objecto não mais existe, e o Eu, como que posto diante da questão de partilhar ou não esse destino, é convencido, pela soma das satisfações narcísicas em estar vivo, a romper seu vínculo com o objecto eliminado. O trabalho do luto ocorre de maneira gradual, passo a passo, à medida que a mãe vai elaborando o que aconteceu. Segundo Freud (2013), o luto tem essa característica de realizar pouco a pouco o desligamento da libido que estava direcionada ao objecto amado.

Bernardino (2011), refere que as entrevistas preliminares servem para a escuta e localização na história do paciente, e para o acolhimento da queixa, sem fazer interpretações. Portanto, a mãe deve ser acolhida na clínica, de acordo com suas queixas e necessidades.

O terapeuta de acordo com Ireland (2011), precisa inicialmente abster-se de questionar e de interpretar o que a mãe diz, mantendo-se na função de proporcionar escuta e apoio, sendo solidário à situação da mãe. Na figura do analista, essa mãe encontra a pessoa a quem pode relatar todos os porquês que tem em sua mente, a respeito do que aconteceu, todo sentimento de culpa que por ventura tiver, todas as suas dores e dificuldades. Assim, vai sendo construído o vínculo entre mãe e psicanalista, o qual possibilita que a mãe se sinta à vontade para expressar todas as lembranças a respeito do filho, da gestação, do parto. Além disso, a mãe pode relatar seus desejos, as fantasias e os sonhos que tinha com relação ao filho e seu futuro. Todas essas questões, marcadas por muita comoção e sofrimento, precisam ser acolhidas sem que o psicanalista questione, interpretem ou investigue,

considerando o estado doloroso em que a mãe se encontra. Sendo assim, nas entrevistas preliminares, o psicanalista deve ouvir o que a mãe quiser falar, do jeito que ela quiser, no tempo e no ritmo escolhido por ela.

Sendo assim, de acordo com o texto de Freud “recordar, repetir e elaborar” a terapia psicanalítica auxilia a mãe a recordar sua história e seus momentos com o filho, a repetir situações no ambiente analítico e a elaborar sua perda. (Freud, 2010)

2.8.2. Terapia Cognitivo-Comportamental

O tratamento cognitivo do enlutado que não conseguiu elaborar o luto de forma saudável propõe ajudá-lo identificando o pensamento distorcido responsável pela perpetuação do seu sofrimento diante da perda. Esse, contudo, não é um processo simples, conforme relatam (Rubin, Malkinson & Witztum, 2008).

Diante disto, Wainer, Piccoloto e Pergher (2011) afirmam que é necessário que o terapeuta invista em estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais para auxiliar o paciente no seu processo de elaboração, para que, seja lhe possível, o enfrentamento de sua nova condição e vivência de todas as etapas necessárias do sofrimento.

Basso e Weiner (2011), perante os objetivos terapêuticos primordiais expostos, para auxiliar o enlutado a começar a responder de maneira saudável, usando mecanismos e comportamentos que sejam capazes de ser aprendidos e/ou modificados, em termos de estratégias terapêuticas sugerem, em ordem aleatória, pois pode variar de acordo com o paciente, as seguintes estratégias:

- **Resolução de Problemas:** é utilizada para avaliar de que maneira e o que o enlutado está priorizando. Neste instante, tenta-se a evolução na habilidade de solucionar problemas, melhorando o que está funcional e minimizando a dificuldade dos mesmos. É fundamental que o paciente seja capaz de perceber a existência de distorções cognitivas que inviabilizam a procura e a investida de alternativas saudáveis. Ainda, é importante a elaboração de métodos e recursos que sejam capazes de ajudar e contribuir no enfrentamento da situação problemática: “Será que não existiriam outras maneiras de lidar com esse problema”; “Que dificuldades poderíamos ter?”; “Existiria algum recurso disponível que pudesse nos ajudar nessa situação?” (Basso & Weiner, 2011).

- **Automonitoramento:** melhorar a habilidade de metacognição, com o objectivo de o paciente entender como pensa e passa a ter sentimentos e comportamentos em razão das crenças. Solicita-se que, perante uma situação aversiva, o paciente perceba o que está fazendo, pensando, sentindo. É o pensar sobre o pensamento: “Após o falecimento de fulano, as pessoas não querem saber mais de mim [...]. Caso isso fosse verdade, como me sentiria?” (Basso & Weiner, 2011).
- **Treino de Habilidades Sociais:** ampliar e treinar novas habilidades cognitivas como o automonitoramento, habilidades verbais e, sobretudo, comportamentais, para que o enlutado seja capaz de entender e suportar de maneira mais saudável o ambiente. Neste contexto, aconselha-se que possam ser listadas algumas circunstâncias em que o paciente demonstra muito esforço para resolver. Geralmente, os pacientes enlutados apresentam-se deprimidos e tendem a precipitar sentimentos negativos, assim como percebem equivocadamente o grau de dificuldade. Perante as situações elencadas e através de um ensaio comportamental, julga-se como o paciente se comportaria em certas situações, e conjunto, paciente e psicólogo, exercitam uma resposta adaptativa: “Agora que praticamos em sessão, o que você pensa em tentar colocar em prática nas ocasiões que, em um primeiro instante, você acharia constrangedoras?”; “O que poderia acontecer se você tentasse?” (Basso & Weiner, 2011).
- **Estratégias de Coping:** o conjunto dos métodos utilizados pelos pacientes para adequarem-se a situações adversas, isto é, uma resposta cognitiva e comportamental ao estresse, com intuito de atenuar características aversivas. É necessário que os pacientes procurem novos meios de enfrentamento, perante as previamente internalizadas. Sugere-se a listagem de outras situações adversas na vida dos enlutados e quais estratégias foram proveitosas para suavizar os sintomas causados: “Quando você esteve numa situação delicada, como você encarou?”; “Caso um amigo estivesse numa situação parecida, que conselho daria a ele?” (Basso & Weiner, 2011).
- **Reestruturação Cognitiva:** Em uma cooperação entre paciente e psicólogo, verifica-se pensamentos irracionais e catastróficos, avaliação das evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos, com o objectivo de analisar e compreender outros pensamentos mais adaptativos. Nesta ocasião, pode ser utilizado o modelo A-

B-C (A=situação, B=pensamento, C=consequência) para ajudar o paciente a reconhecer a situação perturbadora e o pensamento automático: “O que houve para eu me sentir desse jeito?”; “O que eu estava pensando?”. Percebido esse pensamento, a próxima etapa é julgar a veracidade desse pensamento: “Que indícios eu tenho para validar esse pensamento?”; “Esse pensamento é sensato?”. Num último momento, indica-se o paciente a testar e substituir o pensamento por afirmativas mais sensatas: “Que benefício possuo em continuar com esse pensamento irracional?”; “Qual seria o pensamento sadio nessa circunstância?” (Basso & Weiner, 2011).

- Prevenção e Recaída: psicoeducar o sujeito em luto quanto ao seu funcionamento, suas dificuldades e também sua autoeficácia. No transcorrer do processo psicoterapêutico, foi-lhe instruído a aplicar estratégias e habilidades para enfrentar de um jeito eficiente o problema verificado. Ao se encontrar com situações diferentes, terá meios para enfrentar possíveis problemas: “Quais os primeiros indícios de um evento adverso?”; “Que situações são consideradas como situação de risco?”; “Quais estratégias disponho para me ajudarem nessa situação?” (Basso & Weiner, 2011).

CAPITULO III: METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta os principais vectores metodológicos que ajudaram a dar resposta às perguntas de pesquisa.

3.1. Descrição do local de Pesquisa

O presente estudo foi realizado a nível da Cidade de Maputo, no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia de dois hospitais gerais nomeadamente o Hospital Geral José Macamo, um hospital de nível secundário e com uma área de saúde de cerca de 52km² que serve uma vasta população constituída não apenas pelos cidadãos residentes na área de saúde de José Macamo, mas principalmente pela população da zona sul da Província de Maputo a qual constitui mais de 50% dos doentes atendidos neste Hospital (NEP-HGJMM, 2020). E o Hospital Geral de Chamanculo, um hospital de nível secundário, localizado geograficamente na cidade de Maputo, Distrito Municipal Kalhamankulo, Av. De Trabalho número 1064, Bairro de Chamanculo B com uma população de captação directa de 180.289 habitantes. (HGC-NEP, 2020).

3.2. Tipo de pesquisa

O presente estudo, é de abordagem qualitativa pois permitiu uma percepção do significado da perda neonatal alcançando os objectivos propostos como também proporcionou uma compreensão da intervenção psicológica em casos de luto neonatal. Com enfoque exploratório como forma de explorar o problema de pesquisa de modo que se pudesse obter informações para uma investigação mais precisa em torno do luto neonatal, com o objectivo de analisar a actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal

3.3. Caracterização dos participantes

O estudo teve como participantes 6 psicólogos que intervieram em casos de luto neonatal no período de 2022-2023, onde 3 (três) são do HGJM e 3 (três) do HGC.

Crítérios de Inclusão

Apenas participaram da pesquisa os psicólogos que intervieram com mães em situação de perda neonatal no período de 2022-2023.

Concordar em participar do estudo e assinar o consentimento informado.

Crêterios de Exclusão

Psicólogos que tenham passado por uma situa o de luto neonatal.

3.4. Instrumento de recolha de dados

Tendo em considera o o problema em estudo, o tipo de estudo e a popula o em que o estudo foi aplicado, o instrumento de colheita de dados seleccionado foi a entrevista semi-estruturada, visto que, possuía um roteiro de perguntas previamente estabelecidas podendo alterá-las no decorrer das respostas dadas como meio de se organizar e atingir os objectivos propostos.

3.5. Técnica de análise de dados

Entre os métodos de análise de dados utilizados nas pesquisas de natureza qualitativa, optou-se pela análise de conteúdo, segundo os pressupostos teóricos de Bardin, que define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunica es visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos, a descri o do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condi es de produ o/recep o (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2009, p.44).

A análise de conteúdo do material colectado ocorreu em três etapas, conforme o pressuposto de Bardin (ibidem, p. 37-46):

- Ordena o dos dados: transcri o dos dados obtidos na íntegra, releitura do material e organiza o dos depoimentos;
- Classifica o dos dados: reconhecimento e defini o das unidades e agrupamento de acordo com os temas;
- Análise final: relacionar os dados com os conceitos discutidos, de acordo com os objectivos propostos para o estudo.

3.6. Princípios  ticos

Toda e qualquer investiga o levanta questões morais e  ticas, pelo que   necessário, tomar todas as disposi es para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam na pesquisa.

A investigação foi conduzida com o princípio do respeito pela autonomia e dignidade de qualquer pessoa. Sendo assim, na investigação foi respeitada o direito à confidencialidade, anonimato e zelada pela não invasão de privacidade.

Tratando-se de uma pesquisa em contexto hospitalar optou-se pela observância de alguns mecanismos legais e procedimentos éticos que orientaram na recolha de dados:

- Primeiro procedimento ético constituiu no pedido de uma credencial a Faculdade de Educação da UEM juntamente com um pedido de autorização ao Serviço de Saúde da Cidade de Maputo, para a realização do estudo.
- Segundo foi a apresentação de uma credencial fornecida pela FACED e a autorização do Serviço de Saúde da Cidade de Maputo na instituição onde decorreu a pesquisa;
- Por último, em todo o processo de pesquisa é necessário assegurar o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade. Sobre o consentimento informado deve-se ressaltar que se pautou por expor os objectivos do estudo de modo explícito para os todos os participantes da pesquisa, com relação ao anonimato pode-se afirmar que foram garantidos através da tutela e sigilo da identidade dos participantes, pois estes não foram tratadas pelos seus nomes verdadeiros mas sim pelos fictícios e pelos códigos P1,P2,P3, P4, P5 e P6. Sobre a confidencialidade, toda a informação fornecida não será usada fora da finalidade estabelecida e logo após o seu uso, o material colectado foi destruído, relativamente aos dados colectados estes foram utilizados sem mencionar sua fonte, apenas o entrevistador às conhece.

3.7. Limitações da pesquisa

Uma das limitações da presente pesquisa deve-se ao facto de haver poucos estudos e materiais relacionados ao tema, bem como a ausência de um estudo piloto que permita as previsões das limitações metodológicas da investigação, no entanto para ultrapassar essa limitação a pesquisadora procurou ajustar-se ao pouco material disponível.

A outra limitação enfrentada tem a ver com a morosidade das instituições na aceitação da credencial para a recolha de dados, o que prolongou o período de término da pesquisa.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Dados dos participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa, um total de seis (6) psicólogos, seleccionados com base na amostragem não probabilística por acessibilidade, e a seguir são apresentados os dados.

Código	Sexo	Área de formação	Especialização	Tempo de trabalho no Hospital	Tempo de trabalho no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia	Número de casos que interveio
P1	Feminino	P. Clínica	Terapia sistêmica	14 anos	5 anos	50-100 casos
P2	Feminino	P. Clínica	Aconselhamento	17 anos	8 anos	100 casos
P3	Feminino	P. Clínica	-----	21 anos	12 anos	100 casos
P4	Feminino	P. Clínica	-----	17 anos	5 anos	50 casos
P5	Feminino	P. Clínica	Psicotraumatologia	11 anos	4 anos	50 casos
P6	Masculino	P. Clínica	Psicotraumatologia	15 anos	7 anos	30 casos

No âmbito da análise da actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal com base na presente tabela constatou-se que o departamento de Ginecologia e Obstetrícia dos hospitais em análise apresentam um total de 6 psicólogos formados em Psicologia Clínica, com especialidades em diferentes áreas, profissionais aptos a atender nestes tipos de casos.

Constatou-se também que os profissionais tem um tempo de serviço no Hospital que vai de 11 a 21 anos, estando afectos no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia num tempo que varia de 4 a 12 anos e tendo intervindo em 30 a 100 casos, confirmando que o luto neonatal é uma realidade, conforme os dados da UNICEF (2020) e do MISAU (2017), referem que em Moçambique as TMN são de 30 por 1000 nascidos vivos.

4.2. Protocolo hospitalar para mães com perda neonatal

Na primeira categoria pretendia-se identificar o protocolo hospitalar com as mães desde à perda neonatal até a alta hospitalar, onde obteve-se as seguintes respostas dos entrevistados:

“Um protocolo como tal não existe, mas nós preenchemos as nossas fichas, o diário até a mãe ter alta”. (P1)

“Não existe nenhum protocolo específico, mas como é que ocorre? As mulheres entram para a consulta normal, faz-se uma avaliação, feita a avaliação a mãe é encaminhada e infelizmente ou tem nado morto ou morte neonatal e passa pelo processo de aguardar a médica passar para o processo liberal”. (P2)

“Não existe nenhum protocolo específico com estas mães.” (P3)

“Protocolo ou documento como tal penso que não existe. Mas pelo que presencio após a mãe perder o bebé, ela é chamada e toma conhecimento e algumas assinam porque tem que assinar que tomou conhecimento sobre a morte do bebé. Depois disso, comunica-se a notícia a família e a família é que decide se quer que o bebé passe por cerimónias fúnebres ou deixam ao critério do próprio hospital e isso é tratado no sector da secretária, onde passam um documento para apresentar na maternidade sobre o que foi decidido. Logo após esse todo processo, dependendo chama-se o psicólogo para dar aquele acompanhamento necessário.” (P4)

“Bom, não conheço esse documento, não temos esse protocolo. Mas lá a mãe chegou e suponhamos que não sente o movimento do bebé por exemplo, faz-se a ecografia para confirmar o que estará a acontecer e de seguida leva-se a mãe para a sala de parto, esta

mãe fica lá internada até que se possa induzir e caso não consigam levam a mãe a sala de operações, ou por outras a mãe pode vir com um sagramento ou deslocamento do útero por exemplo, de imediato é conduzida a sala de cesarianas para que se possa salvar a vida deste bebé mas caso não seja possível e a mãe perca o bebé antes ou após o nascimento nós somos chamados para fazer a nossa parte como psicólogos”. (P5)

“Dizer que existe um documento escrito eu ainda não vi, mas geralmente quando a mãe perde o bebé, eles podem nos chamar. A mãe perde o bebé não é? Nós avaliamos e damos um guia de transferência para os nossos serviços do departamento de Saúde Mental, isso é que seria o tal protocolo, os médicos observam que têm uma questão de luto neonatal, nós observamos e referimos para os nossos serviços”. (P6)

Em relação ao protocolo hospitalar desde a perda neonatal até a alta hospitalar, dados mostram que os hospitais não apresentam um documento formalmente estabelecido que define os procedimentos a seguir nos casos de luto neonatal, porém observa-se que existem alguns procedimentos comuns desde a comunicação da notícia da morte do bebé, processos administrativos como a assinatura de um documento pela mãe confirmando o recebimento da notícia da morte do bebé, a avaliação da mãe pela equipe médica, em alguns casos o acompanhamento psicológico e por fim a alta hospitalar. Portanto, percebe-se que a actuação dos profissionais não varia, embora não exista um documento formalmente estabelecido.

Importa referir que devido a ausência de um protocolo, o acompanhamento psicológico as mães em situação de luto neonatal em um dos hospitais é condicionado à hora de trabalho dos profissionais, enquanto que, no outro hospital, o acompanhamento psicológico das mães é dependente da apreciação de outro profissional da área de saúde.

Depreende-se que ausência de um protocolo formalmente estabelecido deixa espaço para que algumas mães não se beneficiem de assistência psicológica conforme se verificou através das respostas de alguns participantes. Neste sentido, percebe-se a relevância de um protocolo para que o acompanhamento psicológico não seja opcional, mas obrigatório para todas as mães em situação de perda neonatal.

- Ainda dentro desta categoria faz parte à questão sobre quem faz à comunicação da notícia da morte do bebé as mães em casos de luto neonatal:

“De princípio devia ser um psicólogo a preparar a mãe, mas não nos tem chamado para fazer esse anúncio. Por quê? Porque muita das vezes os casos ocorrem a noite e nós nunca

fomos solicitados para fazer uma revelação pós morte neonatal, eu particularmente nunca fui solicitada para fazer esta revelação”. (P1)

“Depende, entre o médico ou o enfermeiro. Mas o ideal seria o psicólogo, o psicólogo está mais bem preparado para lhe dar com essa informação”. (P2)

“Normalmente o ideal seria o psicólogo, mas não fazemos isso, as pessoas que estão lá é que dão a notícia, então os médicos e enfermeiros é que comunicam” (P3)

“Pelo que estudei quem devia dar esta notícia é o médico acompanhado de um psicólogo ou o psicólogo, mas infelizmente a notícia é dada apenas pelo médico ou enfermeiras, e o que eu percebo nestes anos todos de vivência e convivência é que os próprios médicos têm muitas dificuldades em falar da morte, dei a resposta do que devia acontecer e do que normalmente acontece”. (P4)

“Quem comunica são os médicos da maternidade, os médicos ou as enfermeiras é que comunicam, nós só fazemos a parte psicológica”. (P5)

“Quem dá essa informação são os enfermeiros praticamente que estão com ela, que estavam a cuidar do recém-nascido ou que assistiram o parto é que fazem isso”. (P6)

- A última questão desta categoria voltava-se as circunstâncias de como é feita a comunicação da notícia as mães em casos de luto neonatal:

“Sobre as circunstâncias é difícil responder, porque a maioria dos casos são geridos entre eles”. (P1).

“Na maior parte dos casos a mãe fica no mesmo quarto com mães que tiveram seus bebês e por isso a comunicação é feita ali”. (P2)

“Questão pertinente, a noticia é dada a mãe estando sem acompanhante e na mesma sala com outras mães de bebês vivos” (P3).

“Normalmente, a notícia é dada sem que se faça uma avaliação do estado da mãe para receber a notícia, faz-se a comunicação ali mesmo onde ela deu o parto.” (P4)

“A notícia é dada sem preparo, de qualquer maneira em outras palavras.” (P5)

“Sobre as circunstâncias em que a notícia é dada são péssimas porque é feita bruscamente sem condições e sem se preocupar se a paciente percebeu o que foi dito, se falou com aspectos técnicos ou não, qual era o estado que esta mãe se encontrou após a notícia, todos estes aspectos.” (P6)

Sobre a comunicação da notícia da morte do bebé, constatou-se que esta é feita pela equipe de saúde composta por enfermeiros e/ou médicos sem a presença do psicólogo.

Diferentemente dos profissionais de outras áreas, os psicólogos são profissionais que lidam constantemente com questões de sofrimento emocional e o luto, em vista disso, faz-se necessário que actuem na comunicação da notícia como também em todo o processo de assistência a mãe. Conforme referenciado por Pereira et al. (2018), o psicólogo é o profissional mais recomendado por este possuir competências e habilidades necessárias para enxergar as acções do enlutado de modo a realizar um profundo trabalho psíquico tendo como finalidade facilitar a compreensão desses sentimentos e expressão da dor da perda do bebé.

Os resultados mostraram igualmente que relativamente as circunstâncias em quem a notícia é dada as mães sobre a morte do bebé, verifica-se que nem sempre a equipe de saúde consegue comunicar a notícia a mãe de forma acolhedora. Nesse sentido, de acordo com Esslinger (2004) citado por Quintans (2018) alguns factores devem ser observados na comunicação de notícias, o primeiro factor é a preparação de um cenário para este momento, no entanto a pesquisa mostra que as mães recebem a notícia na enfermaria ou quarto juntamente as outras puérperas que tiveram seus filhos, o que influencia o agravamento do estado emocional e elaboração desfavorável do processo do luto da mãe devido ao aumento de impotência causado por este contacto, sendo primordial a oferta de um espaço reservado às mulheres em luto. O segundo factor é em relação a evitar dar à notícia a mãe sozinha, no entanto, constatou-se que a maior parte das mães recebe a notícia sozinha causando ainda mais vulnerabilidade nestas mães, o outro factor é a avaliação do estado emocional e físico do recebedor da noticia, no entanto, observa-se que é feita somente a avaliação física, ignorando os aspectos emocionais decorrentes da perda neonatal.

Em suma, observa-se que a atenção e o cuidado com as mães ao se comunicar a notícia são factores fundamentais e que muito podem contribuir na elaboração ou integração do luto e nas repercussões emocionais após a perda.

4.3. Percepção do psicólogo sobre luto neonatal

Nesta categoria, pretendia-se entender a percepção do psicólogo sobre o luto neonatal:

“Esta pergunta é muito difícil de responder, porque eu tenho uma maneira de estar exactamente por causa da experiência que eu tenho que é muito difícil a gente se colocar no lugar do outro quando não vivenciamos a situação, este é o primeiro ponto, o segundo ponto é que o luto neonatal é a morte de uma esperança, é o desequilíbrio, a mãe perde uma parte dela. Perder um filho é tirar uma parte de ti, é entrar para um desespero sem volta, é uma dor insuportável, no nosso contexto africano é carimbar a mulher como inútil, é reconhecer a inutilidade da mulher, é como se está mulher tivesse vindo ao mundo para fazer absolutamente nada. Então o luto neonatal representa muita dor, muita angústia, um desespero sem igual.” (P1)

“O luto neonatal, seu nome já diz é algo doloroso e para uma mãe que ficou com expectativas, para depois vir perder esse bebé é um choque muito grande, se formos a entrar no lado cultural, para sair da maternidade sem bebé nas mãos é um choque. Para dizer que o luto neonatal não envolve só a perda, mas também uma parte dela também que vai, é o contexto cultural, social que está envolvido nisto, a partir dali a mãe passa por muitas situações de estigmatização, bullying, entre outros” (P2)

“Bem um luto neonatal é uma situação que afecta a mãe em todas as esferas, que podem fazer com que ela desenvolva várias perturbações, tem algumas que muitas das vezes apresentam depressão, porque suponhamos que aquela mãe queria tanto ter aquele filho, era o sonho dela, outras acabam por recorrer a tratamentos tradicionais, hospitalares por muito tempo e depois conseguem engravidar e perdem aquele bebé então essa tem maior predisposição a desenvolver psicose, depressão pós-parto e por aí vai”. (P3)

“ O luto neonatal é um luto muito doloroso, por quê? Porque uma mãe, quando fica grávida espera receber o seu bebé, a mãe fica 9 meses, 9 meses a ir as consultas, estando tudo bem,

chegando a vez de dar parto e as coisas não dão certo. É um processo muito doloroso, muito mesmo, as vezes para algumas mães é o primeiro bebê, tanto esperou, as vezes são mães que não conseguiam conceber, concebem para depois não ter, estás a imaginar? Imaginas a dor dessa mãe? É uma dor inconsolável, muito mesmo”. (P4)

“Honestamente falando antes mesmo de sermos psicólogos somos pessoas, somos mães então olhando para uma mãe que estava a espera de receber o seu filho e depois daquele preparo psicológico, investimento que aquela mãe fez para depois ficar naquela situação. Eu penso que é pesado, mesmo para nós que atendemos porque em algum momento é como se tivéssemos falhado alguma coisa, a saúde tivesse falhado alguma coisa, quando falo da saúde falo de consultas pré- natais até chegar a nós, todos nós se que calhar devíamos ter cuidado muito bem desta mulher”. (P5)

“É um choque psicológico, um choque para a mãe que fica 9 meses a espera de alguma coisa que lhe pode trazer felicidade, para depois receber a notícia que já não existe, é um trauma muito grande para uma mãe que perdeu o seu bebê e este trauma pode trazer outros impactos na vida desta mãe emocionalmente dependendo da maneira como esta mãe encara esta situação”. (P6)

Destaca-se desde o início do desenvolvimento deste estudo, que o mesmo volta-se para o profissional de psicologia com o intuito de compreender mais a fundo sua actuação com mães em casos de luto neonatal, desse modo, julgou-se necessário saber a percepção dos psicólogos sobre o luto neonatal, com o intuito de compreender como os entrevistados percebiam, sentiam, conheciam esse luto e se os profissionais estão conscientes dos factores associados a perda neonatal.

Ainda neste contexto, importa referir que os profissionais de psicologia são confrontados diariamente com pessoas em luto e é por isso importante que estes tenham um conhecimento adequado de todas as etapas do processo de luto, assim como a capacidade para o reconhecimento do processo de luto. Assim sendo, percebe-se que o entendimento dos profissionais sobre o luto neonatal foi sendo construído a partir da sua prática e tempo de experiência ao referirem que o luto neonatal representa a perda de um o sonho, as expectativas, a esperança, e a identidade materna do ponto de vista cultural criando na mãe um choque psicológico e um desequilíbrio, de forma similar Giron (2008) evidencia o mesmo ao referir que quando se perde um filho, perdem-se muitas perspectivas de futuro,

pois é nele que se depositam sonhos e projectos. Igualmente Freitas (2000) reforça esta ideia ao apresentar o sofrimento vivido com a morte de um filho como algo indescritível, pois este filho foi muito esperado e acalentado, e que havia sonhos e expectativas que terminaram bruscamente.

4.4. Importância do psicólogo e da sua intervenção em mães em casos de luto neonatal

Em relação à importância do psicólogo e da sua intervenção com mães em casos de luto neonatal, todos os entrevistados consideraram de extrema importância e necessidade a actuação psicológica com as mães em casos de luto neonatal:

“Olha excelente pergunta, eu costumo dizer que eu faço o que o médico não consegue fazer por mais que tenha os melhores medicamentos. Então é primordial, a existência de um psicólogo em cada departamento, porque o psicólogo vem para reestruturar cada um. O psicólogo não trabalha com fármacos, mas ele é de extrema importância para o bem-estar físico, psicológico e eu diria que no processo de luto para impedir a desestruturação desta mãe, então é preciso que a mãe passe por uma intervenção psicológica”. (P1)

“A importância é que o psicólogo é um profissional já dotado de técnicas, de técnicas por aplicar, de conhecimentos da área, de poder lidar com estas demandas. O psicólogo consegue manipular aquele momento das emoções que aquela mãe está passar, então faz com que ela encontre uma estratégia de coping para que possa viver ou conviver com essa situação actual que ela está passar então essa é a importância do psicólogo e da sua intervenção”. (P2)

“O psicólogo e sua intervenção são de extrema importância em casos de luto neonatal, para munir as mães de estratégias de modo a lhe dar com aquela situação de forma saudável, bem como para evitar consequências daquele luto como depressão, psicose e outros transtornos de acordo com a importância que cada mãe dá a aquele evento”. (P3)

“Bom, é muito importante para que a mãe que perdeu o bebé não apanhe a notícia em choque, evita-se choque ou seja receber a notícia sem preparo da mãe que perdeu o seu bebé também previne futuros transtornos, com uma intervenção psicológica a mãe não poderá desenvolver transtornos, passará pelo luto porque é importante. (P4)

“Eu acho que o psicólogo tem um papel muito importante, porque muitas vezes as mães não sabem como vão encarar os seus parceiros e a sociedade no geral, então o psicólogo faz perceber a elas que isso pode acontecer com qualquer pessoa e ajudamos a mãe a lidar com esse luto” (P5).

“Bem apesar de não termos o protocolo bem definido sobre a intervenção, há necessidade de o psicólogo assistir esses casos, é importante primeiro para prevenir outras doenças emocionais, depressões, tentativas suicidas, a mulher depois daquele momento pode pensar muitas coisas então é importante a intervenção de um psicólogo para minimizar os pensamentos negativos, para estabilizar, equilibrar o seu estado emocional para que essa mãe volte ao convívio familiar de forma saudável apesar de perder algo muito importante para ela”. (P6)

A gravidez é um período composto por mudanças biológicas, psicológicas e sociais na vida de uma mulher e que a relação mãe-bebé começa antes do nascimento e se dá sobre as expectativas que a mãe cria sobre o bebé e da interação que se constitui ainda na gestação, sendo assim, a morte neonatal representa a ruptura deste investimento no bebé e um sofrimento intenso para a mãe, gerando um momento de crise principalmente por contrariar o que culturalmente é esperado pela sociedade, dado que o exercício da maternidade é visto como função natural da mulher e uma realização plena do feminino como referem (Beaviour, 2016; Akujobi, 2011; Mia Couto, 2012). Logo que, essa mãe não consegue exercer esta função natural de gerar um bebé é afectada muitas vezes por muitos sentimentos.

Diante disso, os participantes reconhecem que a atenção psicológica se mostra pertinente e o psicólogo desempenha um papel vital no processo de elaboração do luto e na humanização da morte assegurando um espaço seguro para expressar emoções e pensamentos, auxiliando na compreensão dos estágios do luto, normalizando as reações emocionais e promovendo a adaptação saudável à perda em conformidade com Muza et al. (2013) que, compreenderam a importância da psicologia nesse processo, sendo o profissional mais recomendado para enxergar as acções do enlutado, de modo a realizar um profundo trabalho psíquico.

4.5. Intervenção Psicológica as mães em casos de luto neonatal

Na categoria da Intervenção Psicológica com as mães em casos de luto neonatal fez parte a questão sobre o tempo que o psicólogo leva para intervir com estas mães, onde obteve-se as seguintes respostas:

“A intervenção ocorre na nossa chegada ao hospital, na nossa hora de trabalho. Nós quando chegamos aqui de manhã, circulamos pelos departamentos, as vezes os médicos ou enfermeiras é que ligam a dizer por exemplo que na cesariana tem duas pacientes que perderam o bebé, no puerpério patológico tem duas pacientes, há vezes que nós vamos como nosso local de trabalho, procuramos saber dos médicos e enfermeiras sobre os pacientes que precisam de intervenção psicológica”. (P1)

“Isso depende, depende porque chegamos às 07:30/8:00 horas e saímos às 15:30, ou seja, depois desse horário já não há psicólogos no Hospital então o que for a acontecer depois só voltam a comunicar-me de manhã ao chegar e é nessa hora que vou fazer a intervenção”. (P2)

“É relativo, pode ser dia seguinte caso os casos ocorram durante a madrugada ou de noite, pode ser no mesmo dia se ocorrer durante o período laboral” (P3)

“Bem, eu vou falar olhando para nossa realidade, não é? Dizer depois de quanto tempo a mãe tem intervenção ou primeiros socorros psicológicos é difícil porque geralmente ao notar-se que aconteceu uma situação de luto neonatal, eles dão aquela assistência e terminam depois tiram a ela dali para o quarto, é feita a avaliação médica então depois é que nos solicitam para que possamos intervir, então é um pouco difícil estimar o tempo que o psicólogo leva para intervir, nós geralmente somos dependentes, dependemos da informação que nos é dada”. (P4)

“Infelizmente só intervimos quando somos solicitados pelo médico/enfermeiro, a intervenção só é feita se houver recomendação do médico caso contrário não temos como fazer a intervenção excepto quando passamos pelos quartos e percebemos uma e outra situação naquele momento”. (P5)

“Depende muito da forma como os casos são geridos lá, é através deles que sabemos em que momento pode intervir”. (P6)

- A segunda questão da categoria sobre a intervenção psicológica com as mães em casos de luto neonatal voltava-se para o tipo de intervenção, abordagem ou instrumento usado na intervenção psicológica com estas mães:

“Geralmente a terapia usada é a TCC, então dizer qual é a técnica específica, depende de mãe para mãe, porque tem aquelas mães que suponhamos que estão a enfrentar uma situação de luto neonatal e está com uma psicose aí temos que referir para psiquiatria para que possam medicar, porque nós não medicamos então nós nos baseamos na tcc onde podemos usar a psicoeducação, o aconselhamento, a reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento se notamos que há necessidade, então é uma escolha que vai de acordo com a TCC, então só nos casos mais graves é que referimos para a psiquiatria para intervir com fármacos”. (P1)

“A abordagem que mais usamos nós é o TCC, a técnica cognitiva comportamental porque temos que perceber quais são as cognições desta mãe. E muitas das vezes por causa do tempo damos uma psicoeducação breve, psicoterapia breves porque não tem como esperar, deve ser na hora. Na psicoeducação fazer ela entender nem, o que pode fazer- lhe mal, que tem a ver com a sua situação emocional que ela se encontra, como ela deve se portaria para que não possa ter consequências como doenças de fórum mental, estamos a falar da depressão, ansiedade ou mesmo entrar em estresse ou choque mesmo”. (P2)

“Bom, Ali o que eu tenho feito quando chego lá é identificar o paciente, depois faço a apresentação, depois disso procuro saber o que aconteceu, a paciente explica e depois daquilo eu aplico algumas técnicas, a psicoeducação (...), em algum momento podemos aplicar a técnica da reestruturação de pensamentos, procuramos saber o que ela pensa e como é que dali em diante será a vida dela, é mais ou menos isso” (P3)

“O modelo que usamos é normalmente a TCC, esse é que é o básico mas depois podemos ter a sistêmica, mas a base é a TCC, eu uso a TCC, gosto da psicanálise mas a psicanálise pode levar muito tempo. Na TCC temos a reestruturação cognitiva, essa reestruturação cognitiva para que serve? Fazer perceber a mulher a essência da vida, a essência de que não aconteceu aquele problema por culpa de alguém mas que é algo natural e faz parte do processo vital, explica-se exactamente por reestruturação, esta técnica tem como objectivo

a paciente buscar reestruturar aquilo que está distorcido. Temos a confrontação que é confrontar aquilo que está com ela com aquilo que a natureza oferece.

Acho que a motivação não precisa esclarecer muito, aqui que é para dizer a paciente que isto aconteceu, mas a vida tem que continuar, haverá mais oportunidades, terá mais filhos, muitas palavras bonitas como forma de motiva-lá.

Auto-imagem, a paciente tem que ser capaz de ir ao espelho e trazer a imagem daquela que está no seu interior e é com esta que ela deve conversar para que ela possa trazer resultados positivos e por fim a psicoeducação também é uma das técnicas que não pode faltar”. (P4)

“O psicólogo quando entra em contacto com está mulher vai fazer o acolhimento porque essa é a primeira parte, é como se estivéssemos a mobilizar, depois começo com a avaliação psicológica e na avaliação psicológica o objectivo é para que se percebam quais são os problemas de base, quais são os pontos fortes desta mãe, quais são os pontos fracos dela, os factores protectores, os factores intrínsecos (...). O psicólogo tem que ser um psicólogo muito observador, saber fazer uma bela avaliação psicológica para que possa ter elementos que vão ajudar esta mãe. Ali como eu disse eu faço a psicoterapia de apoio breve, agora depois naquela avaliação, porque não posso fazer, desenhar o modelo sem que faça a avaliação psicológica, (...) então depois de fazer o meu trabalho encontro factores que eu falei, depois faço a psicoterapia individual primeiro caso esteja no lar depois faço a conjugal (...), caso haja necessidade aplico testes de personalidade, observar o perfil sintomatológico, observa se há sintomas depressivos, ansiedade entre outros testes, HTP tenho que aplicar porque irei conhecer esta mãe por dentro e por fora através dos testes. Então de seguida faço o meu plano de atendimento, e depois faço as minhas recomendações até à alta hospitalar”. (P5)

“Bem o modelo mais comum de intervenção são as psicoterapias, usamos o modelo cognitivo comportamental, este é o mais comum em psicoterapias. Mas também podemos atrelar a psicoterapia familiar havendo necessidade, fazer também a terapia de casal”. (P6)

Nesta última categoria, às questões feitas aos profissionais eram voltadas ao tempo em que o profissional leva para intervir com as mães em casos de luto neonatal e a actuação

psicológica propriamente dita em casos de luto neonatal, buscando compreender quais intervenções os profissionais mais utilizavam e acreditavam ser necessárias.

Em relação ao tempo que o profissional de psicologia leva para intervir com as mães em casos de luto neonatal percebe-se através dos dados obtidos, que nem todas as mães têm acesso aos primeiros socorros psicológicos devido ao horário de trabalho dos profissionais de psicologia que é o mesmo da função pública das 07:30 às 15:00 horas, existindo ainda mães que levam mais tempo e/ou menos tempo para ter acesso à intervenção, sugerindo um descaso com o cuidado à saúde mental.

A perda neonatal contraria o ciclo de vida culturalmente esperado na sociedade. Além disso, é um sofrimento intenso para a mãe que perdeu o que mais esperava ganhar, gerando uma diversidade de sentimentos, principalmente por ser exposta à própria impotência e por sentir-se culpada por não conseguir proteger a vida do bebê. Assim sendo, é possível afirmar que essa experiência exige um processo de elaboração do luto pela perda do filho, que envolve não só a perda física do bebê, mas tudo que estava relacionado a ele, como os desejos, os sonhos e as próprias expectativas sobre exercer o papel materno evidenciando que a atenção psicológica se mostra pertinente, uma vez que busca, empaticamente, amparar o sofrimento dessas mães, abrindo um espaço seguro de fala, enquanto estimula recursos pessoais que auxiliem no processo de luto e na adaptação à nova realidade. Diante disso, questiona-se a intervenção do psicólogo nos hospitais ser limitada ao horário normal de trabalho.

Ainda nesta categoria, com base nos dados, constata-se que todos os participantes fundamentam sua atuação em abordagens cognitivo-comportamentais, variando nas técnicas. Neste sentido, para estes casos de perda neonatal em que o período de internamento destas mães é curto, questiona-se o grau de eficácia da terapia cognitivo comportamental por tratar-se de uma terapia longa e com variadas técnicas.

Conforme Rubin et al (2008), Wainer, Piccoloto e Pergher (2011) explicam que o tratamento cognitivo do enlutado que não conseguiu elaborar o luto de forma saudável não é um processo simples, pois em termos de sucessivas estratégias terapêuticas propõe ajudá-lo identificando o pensamento distorcido responsável pela perpetuação do seu sofrimento diante da perda. Portanto, sugere-se aos profissionais intervenções imediatas e breves como

o acolhimento de forma a reduzir os sintomas no primeiro momento do choque desta mãe conforme citado por Sanches e Freitas (2017) que afirmam que diante da perda do bebê e do processo de luto neonatal, o psicológico hospitalar tem em sua actuação o acolhimento de forma empática e humanizada da dor daquela mãe, oferecendo um espaço de escuta a fim de dar um grau imediato de alívio a dor sentida pela mãe, auxiliando assim a compreensão do ocorrido para que consiga expressar seus sentimentos.

CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclusões

No contexto moçambicano para a mulher ainda na infância a maternidade é vista como regra ou como um dever quando posteriormente constitui família, para as outras mulheres a maternidade é a realização de um sonho mas nem sempre concretiza-se e a mãe perde o bebé, requerendo um apoio, suporte integral e humanizado dos profissionais de psicologia no contexto hospitalar.

O presente estudo partiu do pressuposto de Moçambique de acordo com os dados do MISAU e da UNICEF registar uma alta taxa de mortalidade neonatal, neste contexto o estudo teve como objectivo geral, analisar a actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal. Diante disso, constatou-se que os hospitais não têm um documento formalmente estabelecido que defina os procedimentos a seguir nos casos de luto neonatal, facto que contribui para que dos hospitais em análise nem todos tenham a disponibilidade de um profissional de psicologia para as mães em luto neonatal, e que a comunicação da notícia seja feita sem todo o aparato psicológico.

A presença de um profissional de psicologia qualificado na equipe garante uma assistência humanizada que não está preocupada somente com a dor física da mãe, mas em acolher a dor emocional. Portanto, percebe-se a relevância de um protocolo formalmente estabelecido para estes casos para que o acompanhamento psicológico não seja opcional, mas obrigatório para todas as mães em situação de perda neonatal desde o acolhimento com a comunicação da notícia até o instante que precede a alta hospitalar.

Inferese com os resultados que os profissionais estão conscientes sobre o significado social da maternidade e a dor que a perda neonatal pode acarretar para a mãe. Com isso, torna-se evidente a necessidade de apoio a estas mães, sendo imprescindível o amparo de profissionais de psicologia para a atenção imediata das mães após a perda neonatal no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, e logo depois da alta a continuidade da intervenção.

Ademais, com base no presente estudo evidenciou-se que os profissionais de psicologia fundamentam sua intervenção com as mães em abordagens cognitivo-comportamentais, questionando-se a eficácia do mesmo considerando o tempo de internamento nestes casos. Nesta perspectiva, sugerindo-se aos profissionais de psicologia a adopção de intervenções

breves como o acolhimento como forma de oferecer um espaço de escuta a fim de dar um grau de alívio aos sintomas e a dor sentida pela mãe.

Em relação à pergunta de partida levantada, que buscava analisar a actuação do psicólogo com mães em casos de luto neonatal, importa referir que o acompanhamento psicológico as mães em situação de luto neonatal é condicionado à hora de trabalho dos profissionais, e é dependente da apreciação de outro profissional da área de saúde, fazendo com que muitas mães não tenham acesso ao psicólogo.

Diante do exposto, julgamos que a pesquisa em questão atingiu o seu objectivo, na medida em que se compreendeu mais a fundo a actuação do psicólogo com mães em situação de perda neonatal, reiterando a importância do psicólogo nesse contexto oferecendo suporte emocional, espaço para expressão da dor e compreensão do luto, assim como reconstrução de significados e identidade após a perda.

Em suma, esta pesquisa buscou aproximar-se de uma compreensão mais profunda da actuação do psicólogo com as mães em casos de luto neonatal. Espera-se que essa aproximação possa contribuir para a melhoria da rede de atendimento ao luto, ampliando a compreensão e os modos de acolhimento à dor e às experiências de mães enlutadas, sendo um meio para que o luto neonatal receba o cuidado que merece.

Recomendações:

Findo o trabalho, em virtude dos resultados alcançados, ficam as seguintes recomendações:

Aos serviços de saúde:

- Desenho de um protocolo hospitalar de atenção integral bem definido que oriente os procedimentos a seguir em casos de luto neonatal, de tal forma a considerar a actuação do psicólogo desde o início com a comunicação da notícia a mãe, o processo de acolhimento da mãe, isto vai permitir que todas as mães nestas condições tenham os primeiros socorros psicológicos com vista a salvaguardar a saúde psíquica da mãe e garantir que o dano seja menor;
- Oferta de actividades de formação, capacitação e educação permanente aos profissionais sobre esta temática;

- Formar continuamente os seus profissionais em conteúdo sobre comunicação de notícia, como abordar estas mães, saber o que dizer e poder transmitir compreensão do que aconteceu, com vista a elaborar seu luto e reconstruir suas vidas de forma saudável e resiliente;
- Avaliar até que ponto as puérperas de morte neonatal estão em condições de dividir a enfermaria com as mães de filhos vivos;
- Contratar mais psicólogos no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, com vista a prestar assistência ao luto neonatal e às outras demandas que possam existir;
- Plantão/ turno psicológico com vista a garantir que todas as mães tenham o mesmo tratamento e assistência do psicólogo;
- Criação de grupo de apoio psicológico, com vista a reunir mães que passaram ou estejam a passar por experiências semelhantes e proporcionar um espaço seguro para compartilhar histórias, e encontrar conforto mútuo para que possam obter orientações para enfrentar o luto;

Aos profissionais de psicologia:

- Revisão dos modelos usados considerando esta demanda específica;
- Adopção de intervenções psicoterapêuticas breves tendo em conta o período de internamento das mães;
- Considerar as singularidades de cada mãe, para que se possa ofertar um serviço voltado as suas necessidades;
- Considerem as questões culturais relacionadas a maternidade, posto que são estas questões que vão influenciar no valor que a maternidade possui e no enfrentamento do próprio luto.

A sociedade, comunidade e famílias:

- Desmistificar narrativas mitológicas tradicionais associadas a ideia de que o valor da mulher está vinculada a sua função procriadora;
- Oferecer suporte social e emocional as mães enlutadas com vista a não aumentar ainda mais a vulnerabilidade destas mães;
- Evitar culpabilizar a mãe pelo fracasso da gravidez, de modo a não fragilizar a emocionalmente a mãe;

- Realização de palestras nas comunidades de sensibilização sobre a temática, com vista a garantir que a comunidade evite julgamentos às mães enlutadas e a invisibilização da dor materna durante esse processo;
- Realização de outros estudos para que se avalie a actuação dos psicólogos para estas famílias após a alta.

6. Bibliografia

- Alves, S.(2018). *Perda perinatal: Perspectiva Díade Parental*. Coimbra.
- Akujobi, R. (2011). *Maternidade na Literatura e Cultura Africana*. Literatura Comparada e Cultura. West Lafayette, v.13, abr.
- Arrais, A., & Mourão, M. A. (2013). *Proposta de actuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio Psicologia e Saúde*.
- Astakhov, V., Batsylyeva, O., Puz, I. E Shudrikova, N. (2022). *Características da organização da assistência médica e psicológica em situação de perdas perinatais* (revisão de literatura). *Medicni Perspektivi*, 27(3), 44–50.
- Azevedo, R. A. (2017). “*Amo meu filho, mas odeio ser mãe*”: *Reflexões sobre a ambivalência na maternidade contemporânea*. 33 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Psicologia, ênfase em Infância e Família: avaliação, prevenção e intervenção, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Barbosa, A. (2010). *Processo de Luto. Em Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bardin,L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições.
- Bartilotti, M. R. M. B. (2007). *Intervenção psicológica em luto perinatal*. In F. F. Bortoletti (Org.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole.
- Basso, L., & Wainer, R. (2011). *Lutos e perdas repentinas: terapia cognitivo-comportamental*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Beauvior, S.(2016). *O segundo sexo: fatos e mitos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bernardino, L. (2011). *As entrevistas preliminares na psicanálise com crianças*. Associação psicanalítica de Curitiba, em Revista, n.23, p. 65-73.

- Bouso, S. (2011). *A complexidade e a simplicidade da experiência do luto*. Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1-2.
- Caramati, I., Brazil, K., Ferreira, M., Arreguy, M.(2023). *Sensibilização dos profissionais da área de saúde no atendimento à mulher em situações de perda gestacional e neonatal*. Belo Horizont-MG.
- Carvalho, T; Meyer, L. (2007). *Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações*. Boletim de Psicologia, v. 57, n. 126, p.33-48, Jun.
- Casellato, G. (2015). *Intervenções clínicas em situação de luto não reconhecido: estratégias específicas*. In: Casellato, G. (org). *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. São Paulo: Summus Editorial.
- Costa, M. Mota, C. P; Milheiro, C. (2013). *Angústia de uma perda – caso Maria: uma abordagem terapêutica*. Psic. Clin. Rio de Janeiro, vol. 25, n.11.
- Couto, M.(2012). *A confissão da leoa*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Delalibera, M., Delalibera, T., Franco, P. M., Barbosa, A., & Leal, I. (2017). *Adaptação e validação brasileira do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – PG 13*. Psicologia: Teoria e Prática, 19(1), 94-106. DOI: 10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106
- Delgado, L., Cobo, J., Giménez, C., Fucho-Rius, GF, Sammut, S., Martí, L., Lesmes, C., Puig, S., Obregón, N., Canet, Y. , & Palao, DJ. (2023). *Impacto inicial da perda perinatal nas mães e seus parceiros*. *Jornal internacional de pesquisa ambiental e saúde pública*, 20 (2), 1304.
- Dicionário Michaelis (2020). Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/moderno-português/busca/português-brasileiro/maternidade/> em 01/11/2020.
- Faria-Schutzer, D. B. F. et al. (2014). *Fica um grande vazio: Relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação*. Estudos Interdisciplinares em Psicologia. Londrina.

- Franco, M. H. P. (2010). *Por que estudar o luto na atualidade?* In: Franco Mhp, organizador. *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade*. 1ª ed. São Paulo: Summus Editorial. p. 17-42.
- Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo: Summus Editorial.
- Freitas, J. L. (2013). *Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva*. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 19, n. 1, p. 97-105.
- Freitas, J.L.; Michel, L.H.F (2014). *A maior perda do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica*.
- Freud, S. (2010). *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos [1914-1916]*. *Obras Completas Vol. 12*. Tradução e notas de Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das letras.
- Freud, S. (2011). *Luto e Melancolia em Luto em Melancolia*. (M. Carone, Trad. pp. 49-51). São Paulo: Cosac Naify. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2013). *Luto e Melancolia em Luto em Melancolia*. São Paulo: Cosac Naify. (Trabalho original publicado em 1917).
- Fernández-Ordoñez, E., González-Cano-Caballero, M., Guerra-Marmolejo, C., Fernández Fernández, E., & García-Gámez, M. (2021). *Luto perinatal e transtorno de estresse pós-traumático na gravidez após perda perinatal: um protocolo de estudo longitudinal*. *Revista internacional de pesquisa ambiental e saúde pública*.
- Fonsêca, M. (2021). *Luto materno no período gravídico-puerperal: as implicações psicológicas em mulheres que sofrem perda gestacional ou neonatal*. São Luís: Centro Universitário UNDB.
- Gabriel,S., Paulino, M., & Baptista, T.M. (2021). *Intervenção Psicológica no Luto Parental*.
- Gaiva, M. A. M., Fujimori, E., & Sato, A. P. S (2015). *Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis*. *Revista Enfermagem UERJ*, 23 (2), 247-253.

- Gerber-Epstein, PRD, Leichtentritt, RD e Benyamini, Y. (2009). *A experiência do aborto espontâneo na primeira gravidez: as vozes das mulheres*. Estudos da Morte, 33(1), 1-29.
- Gesteira, A; Barbosa, L; Endo, C. (2006). *O luto no processo de aborto provocado*. Acta Paulista de Enfermagem, v. 19.
- Giron, P.J. (2008). *Reação das mães frente à perda de um filho em idade anterior a fase reprodutiva*.
- Gorayeb, R. Et al. (2015). *A prática da psicologia no ambiente hospitalar*. Novo Hamburgo: Synopsys.
- Guerra, V.; Nascimento, A.; Duarte, C., Francisco, N. (2023). *Gestação e Maternidade: a visão da psicologia*. Vitória, ES: Edufes.
- Holland, JM, Neimeyer, RA, Boelen, PA e Prigerson, HG. (2009). *A estrutura subjacente do luto: uma investigação taxométrica das reações prolongadas e normais à perda*. Jornal de Psicopatologia e Avaliação Comportamental, 31(3), 190-201. Doi: 10.1007/s10862-008-9113-1.
- Huss, B. (2021). *Bem-estar antes e depois do término da gravidez: as consequências do aborto e do aborto espontâneo na satisfação com vários domínios da vida*. Jornal de Estudos de Felicidade, 22(6), 2803–2828.
- IIMS. (2016). Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSA), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MINPLAN) e ICF International. *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016*. Luanda, Angola e Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSA, MINPLAN e ICF International.
- Ireland, V. E. (2011). *A dor do luto e seu acolhimento psicanalítico*. Estudos de Psicanálise, Belo Horizonte – MG, n. 35, p. 151-166, jun.
- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., & Bień, A. (2021). *Qualidade de vida, apoio social e autoeficácia em mulheres após aborto espontâneo*. Resultados de Saúde e Qualidade de Vida.

- Kubler-Ross, E, (2011). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a me dicos, enfermeiras, religiosos e aos seus pro prios parentes*. (6ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. D. (2015). *Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional*. *Psicologia: ciência e profissão*, 35(1), 1120-1138.
- Lopes, B. G., Borges, P. K. De O., Grden, C. R. B., Coradassi, C. E., Sales, C. de M., & Damasceno, N. F. P. (2017). *Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê*. *Rev Rene*, 18(3), 307–313.
- Machado, J. S.A; Penna, C. M. M; Caleiro, R. C. L. (2019). *Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres*. *Saúde em Debate [online]*. V. 43, n. 123, p. 1120-1131.
- Menezes, N. R. C., & Marciano, R. P. (2019). *Morte na maternidade: Intervenção psicológica em um grupo de mães enlutadas*. *Perspectivas em Psicologia*, 23, 176-189.
- MISAU. (2017). *Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais-2017*.
- MISAU. (2019). *Plano de Acção para cada Recém-nascido 2019-2023*.
- Moura. D. F. G. (2013). *Maternidade e Poder*, in: *Revista Mal-estar e Subjetividade*. Fortaleza.
- Muza, J. C. et al. (2013). *Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal*. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, 15(3).
- Nascimento, K. (2021). *O Processo de luto materno da perda perinatal*. Centro Universitário UNIFAAT Psicologia. ATIBAIA-SP.
- Nazaré, B.; Fonseca, A.; Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. (2010). *Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional*. *Perita– Revista Portuguesa de Psicologia*, (3), 37-46.
- Nogueira, P., Costa, A., Pinto, C., Alves, M., & Rosa, M. (2013). *Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2011)*. Direção de Serviços de Informação e Análise. Direção Geral de Saúde, Portugal.

- OMS. (2019). *Taxa de Mortalidade Neonatal*.
- Pereira, M. U. L., Gonçalves, L. L. M., Loyola, C. M. D., Anunciação, P. S. D., Dias, R. D. S., Reis, I. N., & Lamy, Z. C. (2018). *Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos*. Revista Paulista de Pediatria, 36(1), 422-427.
- Piccinini, C., Lopes, R.; Gomes, A.; & Nardi, T. (2008). *Gestação e a constituição da maternidade*. Psicologia em Estudo, Maringá, 13 (1).
- Portela, A., Silva, S; Soriano, S. (2012). *Contribuições da Psicanálise para elaboração do luto materno*. Faculdade Sant'ana.
- Quintans, E. (2018). *Eu também perde um filho: Luto paterno na perda gestacional/ neonatal*. Pontifica Universidade Católica. Rio de Janeiro.
- Rosa, B. G. (2021). *Perda Gestacional: aspectos emocionais da mulher e o suporte da família na elaboração do luto*. Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 86-99, jan. 2021. ISSN 2447-1798.
- Rubin, SS, Malkinson, R.; Witztum, E. (2008). *Aspectos clínicos de um diagnóstico de luto complicado do DSM: desafios, dilemas e oportunidades*.
- Sanches, B. R. T & Freitas, P. M. D. L. (2017). *O papel do psicólogo hospitalar diante da perda fetal*. Revista Uningá, 29 (1), 1-8.
- Santos, C. da S. et al. (2012). *Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 277-284.
- Silva, A.; Nardi, A. (2011). *Terapia cognitivo-comportamental para aborto espontâneo: resultados da utilização de um protocolo de terapia do luto*. Arquivos de Psiquiatria Clínica, v. 38, n. 3, pág. 122-124, 1º de janeiro.
- Silveira, J. (2020). *O luto nas diferentes etapas do desenvolvimento humano*. Psicologia em Foco: Temas Contemporâneos. Guarujá.
- Siqueira, A. C., Azevedo, D. F. (2020). *Terapia do luto: intervenções clínicas na elaboração do processo de luto*. Revista Farol, Rondônia, (v. 9, n.9).

- Sousa, T. B. E; Lins, A. C. A. (2020). *Repercussões Psicológicas da Gestação em Curso em Mulheres com Histórico de Perda*. Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João del-Rei, 15(2).
- Souza, A.L.F. (2019). “*Me deixem decidir se quero ou não ser mãe!*”: narrativas pessoais de mulheres sobre a maternidade nas mídias sociais.
- Teixeira ML et al. (2021). *A assistência da enfermeira após a perda perinatal: o luto após o parto*. Research, Society and Development. V.10, n 3.
- Tenório, P. J; Avelar, T. C. Barros, E. N. (2019). *Gravidez molar: do sonho ao luto*. Boletim Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 39, n. 97, p. 193 – 206.
- Unicef. (2020). *Dados da Mortalidade Neonatal sobre mortalidade infantil*.
- Wainer, R.; Piccoloto, N. M. Pergher, G. K. (2011). *Novas temáticas em terapia cognitiva*. Porto Alegre: Sinopsys.

Apêndice A. Termo de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e participar da pesquisa de campo referente ao estudo intitulado Análise da actuação do psicólogo em mães em casos de luto neonatal orientada pelo Msc. Stella Manhiça Langa e desenvolvida pela estudante Diana Silas da Costa da Universidade Eduardo Mondlane, a quem poderei contactar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone n° 845106854/867816753 ou correio electrónico silascosta380@gmail.com.

A presente pesquisa será conduzida mediante os seguintes princípios:

Direito à Autodeterminação: No momento da colecta de dados os psicólogos serão convidados a integrar o estudo, mas previamente será lhes devidamente explicado o seu direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não, na investigação.

Direito à Intimidade: Durante o estudo foi permitido aos psicólogos a liberdade de decidir relativamente à quantidade de informação a dar, assim como o anonimato da mesma ao longo do estudo.

Direito ao Anonimato e à Confidencialidade: Neste estudo todos os resultados serão apresentados de forma que nenhum dos psicólogos seja identificado, pelo que no processo de tratamento de dados serão usados apenas códigos e não usar-se-á camera de filmagem, gravador ou qualquer outro instrumento que os identifique.

Direito à Protecção contra o Desconforto e o Prejuízo: Na presente pesquisa de investigação, não estão previstos quaisquer riscos de ordem física, psicológica, legal ou económica que possam advir com a realização do mesmo.

Direito ao Tratamento Justo e Equitativo: Neste estudo, todos os participantes serão devidamente informadas sobre a natureza da investigação, assim como os métodos utilizados para a realização do estudo.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ónus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objectivos estritamente académicos do estudo. Minha

colaboração se fará de forma anónima, por meio de uma entrevista semi-estruturada a ser realizada a partir da assinatura desta autorização. Fui ainda informado (a) de que posso retirar-me dessa pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Informado.

Maputo, ____ de _____ de 2024

Apêndice B. Guião de entrevista

Guião de entrevista

Dados de identificação

1. Área de formação: _____
2. Especialidade: _____
3. A quanto tempo está afecto no Hospital: _____
4. A quanto tempo trabalha no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia: _____
5. Em quantos casos de luto neonatal já interveio: _____

Questões:

Categoria I

Identificação do Protocolo hospitalar

Categoria II

Compreensão do profissional perante a perda neonatal e processo de luto


Categoria III

Compreensão da importância do psicólogo e da sua intervenção perante a perda neonatal e processo de luto

Categoria IV

Descrição da Intervenção terapêutica

Anexo A: Autorização para recolha de dados


REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CIDADE DE MAPUTO
CONSELHO DOS SERVIÇOS DE REPRESENTAÇÃO DO ESTADO
SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

*Wino
M/fe
Seh
10/04/24*

A
Universidade Eduardo Mondlane (UEM)
Faculdade de Educação
MAPUTO

N/Ref. n.º *1438/SSCM/050^p/2024* Data: 04 de Março de 2024

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização para desencadear o estudo “Actuação dos Psicólogos com mães em casos de Luto Neonatal no Hospital Geral José Macamo no ano de 2022-2023”

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo acusa a recepção do pedido da Sra. **Diana Silas da Costa**, estudante de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária na UEM, com o teor retro-mencionado.

Sobre a matéria, comunica-se que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo (SSCM) autoriza o pedido, devendo apresentar os resultados do estudo ao SSCM.

Sem mais de momento, queiram aceitar as nossas calorosas saudações.

Maputo, 04 de Março de 2024

A Directora

Dra. Sheila Márcia Tajá Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral Principal)

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
INSTITUTO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO
HOSPITAL GERAL JOSÉ MACAMO
Expediente N.º *697*
04 de 03 de 24
Fórmula

CC: Sra. Diana Silas da Costa
Hospital Geral José Macamo *825106254*

Endereço: Serviço de Saúde da Cidade de Maputo
C.P. 2217
Av. Maguiguano, n.º 1240
E-mail: dscm.gabdirector@gmail.com

Telefone: 21-360276/7
Telefax: 21-048658/ 21-430212
MAPUTO - República de Moçambique

Visto
Finance
22-3-24
- Matemidade



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

CIDADE DE MAPUTO

CONSELHO DOS SERVIÇOS DE REPRESENTAÇÃO DO ESTADO

SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE

- D. Cláudio
- S. Almeida
Gungy
21/03/2024

A
Universidade Eduardo Mondlane (UEM)
Faculdade de Educação
MAPUTO

N/Ref. n.º 1135 /SSCM/030 /2024

Data: 04 de Março de 2024

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização para desencadear o estudo "Actuação dos Psicólogos com mães em casos de Luto Neonatal no Hospital Geral de Chamanculo no ano de 2022-2023"

O Serviço de Saúde da Cidade de Maputo acusa a recepção do pedido da Sra. Diana Silas da Costa, estudante de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária na UEM, com o teor retro-mencionado.

Sobre a matéria, comunica-se que o Serviço de Saúde da Cidade de Maputo (SSCM) autoriza o pedido, devendo apresentar os resultados do estudo ao SSCM.

Sem mais de momento, queiram aceitar as nossas calorosas saudações.

Maputo, 04 de Março de 2024



Dra. Sheila Márcia Tajá Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral Principal)

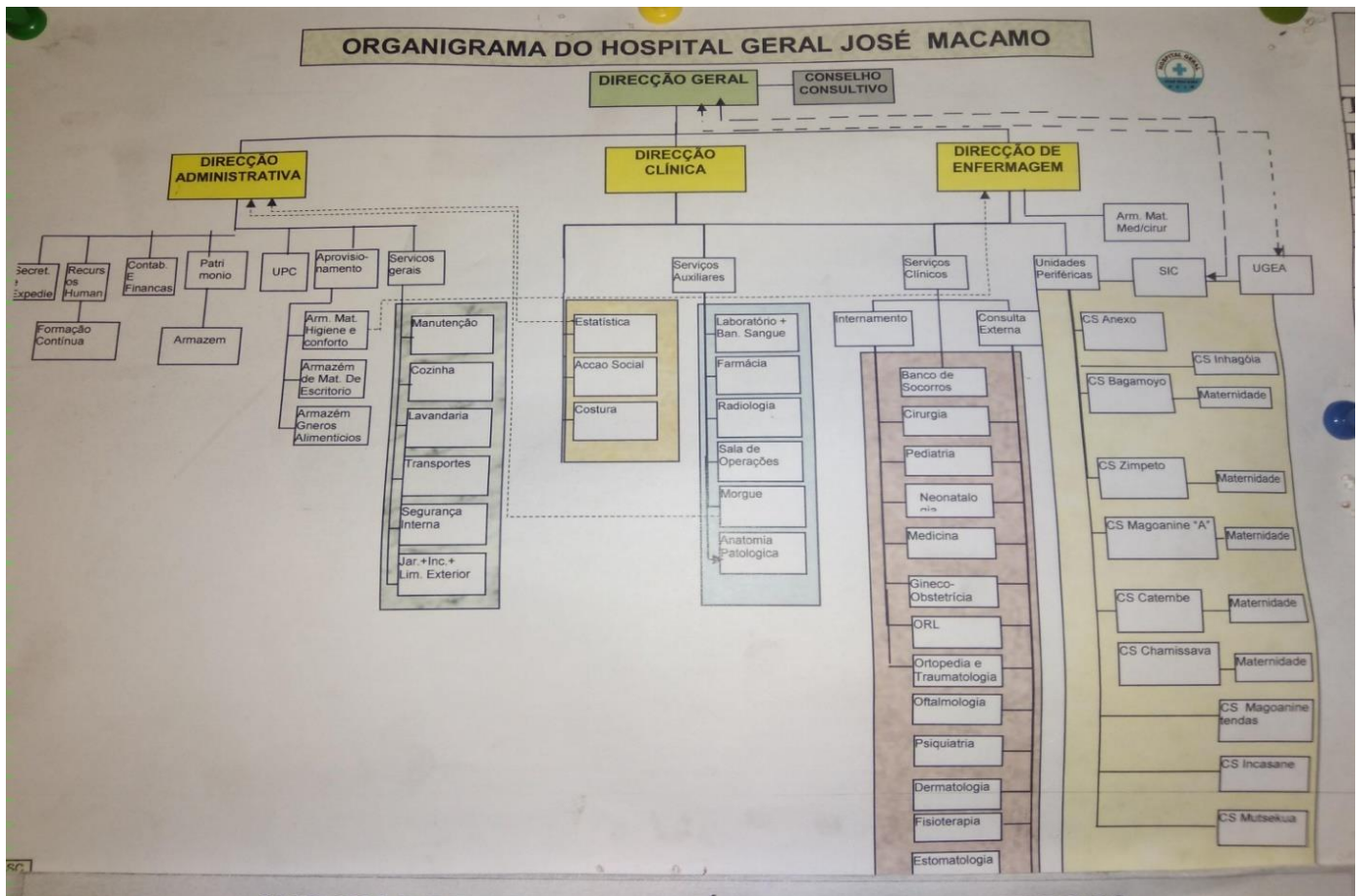
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE CHAMANCULO
SECRETARIA
Esp. n.º 1135 / 2024
Assinatura: [Handwritten Signature]

CC: Sra. Diana Silas da Costa
Hospital Geral de Chamanculo

Endereço: Serviço de Saúde da Cidade de Maputo
C.P. 2217
Av. Maguano nº 1240
E-mail: dscm.gabdirector@gmail.com

Telefone: 21-360276/7
Telefax: 21-048658/ 21-430212
MAPUTO - República de Moçambique

Anexo B. Organograma



ORGANOGRAMA DO HOSPITAL GERAL DE CHAMANCULO

