

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

APLICABILIDADE DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM À MATERNIDADE DE BONECOS REBORN ASSOCIADA À PERDA GESTACIONAL

Gustavo Martins Gonçalves dos Santos, Cely de Oliveira, Celia Maria Pinheiro dos Santos, Lucia Helena Ferreira Viana, Girzia Sammya Tajra Rocha, Marcelo Victor Freitas Nascimento, Pedro Vitor Mendes Santos

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12118>

Submetido em: 2025-05-30

Postado em: 2025-06-03 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

APLICABILIDADE DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM À MATERNIDADE DE BONECOS *REBORN* ASSOCIADA À PERDA GESTACIONAL

APPLICABILITY OF NURSING THEORIES TO THE MATERNITY OF REBORN DOLLS ASSOCIATED WITH GESTATIONAL LOSS

APLICABILIDAD DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA A LA MATERNIDAD DE MUÑECAS REBORN ASOCIADAS A LA PÉRDIDA DEL EMBARAZO

Gustavo Gonçalves dos Santos¹ (<https://orcid.org/0000-0003-1615-7646>)

Cely de Oliveira¹ (<https://orcid.org/0000-0003-3407-799X>)

Celia Maria Pinheiro dos Santos² (<https://orcid.org/0000-0003-0159-7139>)

Lucia Helena Ferreira Viana³ (<https://orcid.org/0009-0009-7879-0341>)

Girzia Sammya Tajra Rocha⁴ (<https://orcid.org/0000-0002-1624-3838>)

Marcelo Victor Freitas Nascimento⁴ (<https://orcid.org/0000-0003-3465-2595>)

Pedro Vitor Mendes Santos⁴ (<https://orcid.org/0000-0002-2249-1440>)

¹ Universidade de Ribeirão Preto, Campus Guarujá (UNAERP). Guarujá, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB/UNESP). Botucatu, São Paulo, Brasil.

³ Centro Universitário Piaget (UNIPIAGET). São Paulo, Brasil.

⁴ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí (CCS/UFPI). Teresina, Piauí, Brasil.

Conflitos de interesse: Nada a declarar.

Contribuição de autoria: Concepção e/ou desenho do estudo: dos Santos GG, de Oliveira C; Coleta, análise e interpretação dos dados: dos Santos GG, de Oliveira C, dos Santos CMP, Viana LHF, Rocha GST, Nascimento MVF e Santos PVM; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito: dos Santos GG, de Oliveira C, dos Santos CMP, Viana LHF, Rocha GST, Nascimento MVF e Santos PVM; Aprovação da versão final a ser publicada: dos Santos GG, de Oliveira C, dos Santos CMP, Viana LHF, Rocha GST, Nascimento MVF e Santos PVM.

Autor correspondente

Gustavo Gonçalves dos Santos

E-mail: ggsantos@unaerp.br

RESUMO

Objetivo: Propor reflexão acerca das aplicabilidade das Teorias de enfermagem no que tange à maternidade de bonecos *reborn* no contexto da perda gestacional **Desenvolvimento:** O uso simbólico de bonecos reborn surge, como uma estratégia de ressignificação da maternidade interrompida, cuja eficácia deve estar condicionada ao olhar ampliado dos profissionais de saúde sobre o luto gestacional, bem como embasados por referenciais teóricos que sustentam o saber do profissional da enfermagem, que durante assistência incorpora práticas integrativas e respeito ao tempo e as singularidades de cada mulher. **Conclusão:** Constatou-se que o campo de assistência às mulheres que vivenciam a perda gestacional é complexo e embasado por reflexões simbólicas e afetivas acerca do luto perinatal. Sob este aspecto, práticas clínicas baseadas em evidências e no reconhecimento da subjetividade do sofrimento devem ser encorajadas.

Descritores: Maternidade; Luto Materno; Cuidados no Luto; Teorias de Enfermagem; Brinquedo Terapêutico

ABSTRACT

Objective: To propose a reflection on the applicability of nursing theories with regard to the maternity of reborn dolls in the context of gestational loss. **Development:** The symbolic use of reborn dolls emerges as a strategy for re-signifying interrupted maternity, the effectiveness of which must be conditioned by the broadened view of health professionals on gestational bereavement, as well as by theoretical references that support the knowledge of nursing professionals, who during care incorporate integrative practices and respect for the time and singularities of each woman. **Conclusion:** It was found that the field of care for women who experience pregnancy loss is complex and based on symbolic and affective reflections about perinatal bereavement. In this respect, clinical practices based on evidence and recognition of the subjectivity of suffering should be encouraged.

Descriptors: Maternity; Maternal Bereavement; Bereavement Care; Nursing Theories; Therapeutic Toy

RESUMEN

Objetivo: Proponer una reflexión sobre la aplicabilidad de las teorías de enfermería en relación a la maternidad de muñecas renacidas en el contexto de la pérdida gestacional

Desarrollo: El uso simbólico de muñecas renacidas emerge como una estrategia de resignificación de la maternidad interrumpida, cuya eficacia debe estar condicionada por la visión ampliada de los profesionales de la salud sobre el duelo gestacional, así como por las referencias teóricas que sustentan el conocimiento de los profesionales de enfermería, quienes durante el cuidado incorporan prácticas integradoras y de respeto a los tiempos y singularidades de cada mujer. **Conclusión:** Se constató que el campo de atención a las mujeres que experimentan la pérdida del embarazo es complejo y se sustenta en reflexiones simbólicas y afectivas sobre el duelo perinatal. En este sentido, deben fomentarse prácticas clínicas basadas en la evidencia y que reconozcan la subjetividad del sufrimiento.

Descriptor: Maternidad; Duelo Materno; Cuidados de Duelo; Teorías de Enfermería; Juguetes Terapéuticos

INTRODUÇÃO

A perda gestacional é uma realidade vivenciada por milhões de mulheres em todo o mundo e frequentemente marcada pelo silêncio e pela ausência de reconhecimento social. De acordo com uma série publicada na *The Lancet*, ocorrem cerca de 23 milhões de abortos espontâneos por ano globalmente, o que equivale a 44 perdas gestacionais por minuto e aproximadamente 10,8% das mulheres enfrentam ao menos uma perda ao longo da vida reprodutiva.⁽¹⁾

Observa-se que a perda gestacional é um fenômeno global, com taxas variando conforme fatores socioeconômicos, acesso a cuidados de saúde e práticas culturais. Em países desenvolvidos, há uma tendência de maior reconhecimento e suporte às mulheres que enfrentam essa perda, enquanto em países em desenvolvimento, como o Brasil, o luto gestacional ainda é frequentemente negligenciado, tanto pela sociedade quanto pelos sistemas de saúde.⁽²⁾

O processo de luto após a perda gestacional é complexo e multifacetado, descrevendo três fases do luto: choque, negação, desorganização e reorganização. O luto materno após a perda gestacional é frequentemente silenciado e deslegitimado. As mães relatam sentimentos intensos de dor, culpa, medo de novas perdas e solidão. A ausência de rituais e o reconhecimento social limitado dificultam o processo de luto, tornando-o mais complexo e prolongado.⁽³⁾

Nesse contexto, algumas mulheres e famílias têm encontrado nos bonecos *reborn*, hiper-realistas que simulam bebês, uma forma de elaborar o luto e ressignificar a maternidade interrompida. Durante a gestação, é comum que a mulher desenvolva um bebê imaginário, construído a partir de expectativas, desejos e idealizações. Segundo Oliveira (2023), o bebê imaginário é fruto das expectativas, desejos e devaneios da futura mãe, sendo o alvo do investimento narcísico e libidinal da gestante. A interrupção abrupta desse vínculo pode gerar uma ferida narcísica profunda, dificultando a elaboração do luto.⁽⁴⁾

A ausência de rituais de despedida e o reconhecimento social limitado da perda gestacional podem agravar o sofrimento. Lemos e Cunha (2015) destacam que a falta de rituais é um dos maiores problemas nos processos de luto por perda gestacional.⁽⁵⁾

Se torna importante ressaltar que o uso de bonecos *reborn* não substitui o acompanhamento especializado. No entanto, pode ser uma ferramenta complementar no processo terapêutico, especialmente quando integrado a práticas de acolhimento e escuta empática por parte dos profissionais de saúde. Prudêncio (2023) enfatiza a importância de um atendimento humanizado, que respeite o tempo e as necessidades individuais de cada mulher e família enlutada.⁽⁶⁾

A maternidade vivenciada por mulheres após perdas gestacionais e quadros de depressão é um fenômeno complexo, que envolve aspectos emocionais, simbólicos e terapêuticos. O ato de cuidar desses bonecos pode ativar circuitos neurais associados ao cuidado parental, proporcionando conforto emocional e auxiliando na elaboração do luto.⁽⁷⁾ A perda gestacional é uma experiência profundamente traumática, que pode desencadear sentimentos de culpa, isolamento e depressão. Assim, mulheres que passaram por abortos espontâneos têm maior risco de desenvolver transtornos mentais, incluindo depressão e ideação suicida.⁽⁸⁾

A ausência de rituais de despedida em casos de perda gestacional pode dificultar o processo de luto, tornando-o mais complexo e prolongado.⁽⁹⁾ É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com situações de perda gestacional, pois a ausência de empatia e falhas no acolhimento podem agravar ainda mais a dor vivenciada pelas mulheres. A escuta qualificada e a validação dos sentimentos são estratégias essenciais para promover um cuidado humanizado nesse momento sensível.⁽¹⁰⁾

A Enfermagem brasileira é regida pela Lei nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A prática deve ser guiada por meio do Processo de Enfermagem (PE), conforme diretrizes da Resolução Cofen nº 736/2024, que deve ser realizado respeitando-se as etapas inter relacionadas,

fundamentadas em teorias de Enfermagem e modelos de cuidado, linguagens padronizadas, protocolos assistenciais e evidências científicas.⁽¹¹⁾

O Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo em Nota Técnica (001/2025) sobre atendimento de Enfermagem com uso simbólico de bonecas *reborn*, orienta que o cuidado seja centrado na pessoa no contexto de pacientes que mantêm vínculo afetivo com bonecas *Reborn* pois, apesar de representar um elemento simbólico importante, não é a destinatária do cuidado profissional. Ressalta ainda que, em situações críticas como as que envolvem a boneca *reborn*, a consulta de Enfermagem nesses casos deve estar orientada para a escuta, acolhimento e identificação de demandas emocionais e psicossociais reais.⁽¹²⁾

Portanto, ao articular a temática da perda gestacional com fundamentos teóricos da Enfermagem, justifica-se a relevância do estudo não apenas para ampliar o conhecimento sobre o fenômeno, mas também para fortalecer práticas de cuidado que considerem o sofrimento emocional como parte legítima do processo de saúde-doença. A maternidade simbólica exercida por meio de bonecos *reborn* por mulheres e famílias que vivenciaram perda gestacional pode ser compreendida à luz de Teorias de Enfermagem, especialmente aquelas que abordam o cuidado holístico, os processos de luto, e a promoção da saúde mental.

Com base no exposto, propõe-se refletir acerca das aplicabilidade das Teorias de enfermagem no que tange à maternidade de bonecos *reborn* no contexto da perda gestacional

DESENVOLVIMENTO

Mortalidade e near miss materno

A mortalidade materna permanece como um desafio significativo à saúde pública no Brasil, refletindo não apenas as condições de saúde das mulheres, mas também a qualidade dos serviços de assistência obstétrica. Entre 2009 e 2019, observou-se uma redução modesta na razão de mortalidade materna, de 72 para 57,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, com variações regionais marcantes, como 35 no Sul e 80 no Nordeste.⁽¹³⁾ Essa realidade compromete o cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, com meta de reduzir a mortalidade materna global para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030.⁽¹⁴⁾

Nesse contexto, o conceito de *near miss materno* (NMM) ganha relevância. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define NMM como a situação em que uma mulher

quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação ocorrida durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gestação.⁽¹⁵⁾ Diversos fatores de risco estão associados ao NMM, incluindo distúrbios hipertensivos, complicações hemorrágicas e sepse puerperal. Além disso, aspectos sociodemográficos, como baixa escolaridade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, também contribuem para a ocorrência desses eventos. A ausência de pré-natal adequado e a presença de comorbidades clínicas, como hipertensão grave, são determinantes clínicos diretamente relacionados ao NMM.⁽¹⁶⁾

A vigilância dos casos de NMM é essencial para a implementação de políticas públicas eficazes. No entanto, o Brasil ainda enfrenta desafios na notificação e monitoramento desses casos. A proposta de criação de um sistema nacional de vigilância do NMM visa integrar os critérios diagnósticos da OMS com os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID), permitindo a identificação e notificação dos casos pelos profissionais de saúde.⁽¹⁷⁾ Nesse sentido, a Rede de Vigilância do Near Miss Materno - Rede Alyne, criada como resposta à morte materna de Alyne da Silva Pimentel em 2002, atua como uma importante estratégia para fortalecer os sistemas de vigilância e ampliar a responsabilização dos serviços de saúde diante das mortes evitáveis e eventos graves.⁽¹⁸⁾

A redução da mortalidade materna e a prevenção dos casos de NMM exigem uma abordagem multifacetada, que inclui a melhoria da qualidade da assistência obstétrica, o fortalecimento da vigilância em saúde e a implementação de políticas públicas que abordem as desigualdades sociais e econômicas. A identificação e análise dos casos de NMM são fundamentais para compreender as falhas no sistema de saúde e promover intervenções que garantam a segurança e o bem-estar das gestantes e puérperas.

Fases do luto e a vigilância do óbito materno, fetal e infantil

A morte é o fim definitivo das funções vitais do corpo, o óbito materno é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.⁽¹⁹⁾

Óbito fetal é produto da concepção, ocorrida antes de sua completa expulsão ou extração do organismo materno, independentemente do tempo de gestação. A morte é constatada quando, depois da separação, o feto não respirar nem mostrar qualquer outro sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentos de

músculos voluntários.⁽²⁰⁾ Óbito neonatal é a morte do recém-nascido nas primeiras quatro semanas de vida até 28 dias.⁽²¹⁾

A gestação representa um dos processos mais profundos e transformadores na experiência biopsicossocial da mulher. Trata-se de um período em que a expectativa pela maternidade, somada às intensas alterações hormonais e às pressões culturais e sociais, dá origem a um emaranhado de sentimentos ambíguos, que transitam entre a euforia da criação de uma nova vida e a insegurança frente ao desconhecido. Essa fase, marcada por uma hipersensibilidade emocional, torna a mulher mais suscetível a distúrbios psíquicos, os quais podem emergir ou se intensificar ao longo da gravidez.⁽²²⁾

Contudo, nem toda gestação culmina na realização do sonho maternal. Algumas mulheres se deparam com perdas irreparáveis, tais como, o óbito fetal, neonatal ou infantil, sendo lançadas a um processo de luto perinatal, que é uma forma de sofrimento única, marcada pelo colapso das suas expectativas e pelo fim precoce de vínculos emocionais, o que causa um vazio profundo deixado por uma vida que mal teve início.⁽²³⁾

Dentro desse mesmo espectro de perdas, encontra-se a morte materna, definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como o falecimento de uma mulher durante a gestação, no parto ou até 42 dias após o parto, no chamado puerpério. Dados recentes apontam que as causas mais frequentes estão associadas a condições como hipertensão arterial, hemorragias, infecções e complicações obstétricas que se agravam no período fértil.⁽²⁴⁾

Vale ressaltar que muitas dessas mortes, especialmente as obstétricas indiretas, poderiam ser evitadas por meio de um planejamento familiar e reprodutivo eficaz e acessível. Nesse cenário, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na identificação precoce de sinais de risco ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal.⁽²⁵⁾ O histórico obstétrico da mulher deve ser cuidadosamente considerado como instrumento preditivo na prevenção dessas mortes. Pesquisas recentes reforçam a importância da vigilância clínica de condições preexistentes, como eclâmpsia, diabetes, obesidade e gestação múltipla, que apresentam correlação significativa com a mortalidade materna indireta.^(26,27)

A vigilância dos óbitos maternos, fetais e infantis configura-se como uma estratégia essencial no âmbito da saúde pública. Esse processo inclui a notificação dos óbitos, entrevistas com familiares e profissionais envolvidos, análise documental e investigação clínica, a fim de identificar tanto os fatores diretos quanto às falhas estruturais que contribuíram para esses desfechos.⁽²⁸⁾

Outro avanço importante no cenário brasileiro foi a promulgação da Lei nº 14.991/2024, que institui diretrizes para o acolhimento e assistência a mulheres e famílias enlutadas por perda gestacional, neonatal ou perinatal. O reconhecimento legal do luto perinatal fortalece a perspectiva da atenção humanizada e integral, uma demanda antiga de movimentos de mulheres e especialistas em saúde materna.⁽²⁹⁾ Com a promulgação da Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, estabelece outubro como o mês dedicado à conscientização e valorização da dignidade humana em momentos de perda. A lei entra em vigor 90 dias após sua publicação oficial, ou seja, em 24 de agosto de 2025, representando um marco histórico na valorização da dignidade humana e na promoção dos direitos das famílias enlutadas. Ao reconhecer o luto perinatal como um fenômeno legítimo e profundamente impactante, o Estado brasileiro dá um passo fundamental na direção do cuidado integral e humanizado em saúde.⁽²⁹⁾

Maternidade com uso de bonecos reborn

A maternidade é construída não apenas no corpo biológico da mulher, mas também em sua psique e em seu imaginário. Durante a gestação, a mulher costuma idealizar o bebê como parte de um bebê imaginário. Esse investimento simbólico é essencial para o processo de vinculação afetiva, sendo o luto pela perda gestacional especialmente complexo porque interrompe abruptamente esse vínculo com o bebê ainda imaginário.⁽³⁰⁾

Nesse cenário, o uso terapêutico de bonecos *reborn* tem ganhado espaço entre mulheres que buscam elaborar emocionalmente a perda gestacional. Os bonecos *reborn*, que simulam com realismo impressionante, funcionam como objetos transicionais.⁽³¹⁾ É importante salientar que o uso de bonecos *reborn* não deve ser generalizado nem romantizado. Trata-se de uma ferramenta simbólica que, para algumas mulheres, pode ser terapêutica, mas que, para outras, pode reforçar padrões de sofrimento, caso não haja suporte psicológico adequado.⁽³⁰⁻³²⁾

Em alguns casos, os reborns também são utilizados como recursos auxiliares em terapias de fertilidade, perda perinatal ou luto prolongado, como observado em serviços de psicologia clínica.⁽³⁰⁾ A maternagem imaginária mediada por bonecos *reborn* pode se constituir como uma prática simbólica no cuidado emocional de mulheres enlutadas. No entanto, é essencial que o uso dos *reborn* seja compreendido como parte de um processo terapêutico mais amplo, que respeite o tempo do luto e as singularidades da mulher enlutada, sempre com apoio de um profissional.⁽³⁰⁻³²⁾

Associação e aplicabilidade das Teorias de Enfermagem no uso de bonecos reborn: Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger e Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

Atualmente, o uso de bebês *reborn* como substitutos simbólicos de seres humanos tem se tornado um tema relevante de discussão, especialmente devido à forma como algumas pessoas atribuem a esses bonecos significados que influenciam seus cuidados em saúde, frequentemente levando a comportamentos considerados disruptivos. Esse cenário representa um desafio para os profissionais de enfermagem, que se deparam com pacientes que projetam suas questões emocionais, psíquicas e de saúde mental nos bonecos *reborn*.⁽³⁰⁻³²⁾

Nesse cenário, as teorias de Enfermagem fornecem uma composição fundamental para orientar a prática clínica, permitindo intervenções sistemáticas voltadas para o cuidado integral do ser humano.⁽³³⁾ Por meio dessas teorias, a enfermagem estrutura seu saber técnico e científico, considerando o indivíduo em sua totalidade e reconhecendo a influência de fatores sociais, ambientais e humanos.⁽³⁴⁾

Entre essas teorias, destaca-se a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, como uma abordagem terapêutica eficaz para o uso dos bonecos *reborn* em contextos como geriatria, saúde mental e cuidados paliativos, entre outros^{2,35,6}. Os bonecos hiper-realistas têm sido utilizados como instrumentos terapêuticos, proporcionando conforto a indivíduos em diferentes estágios e situações de vulnerabilidade.^(31,32)

A Teoria do Conforto define o conforto como um estado de alívio, tranquilidade e transcendência, experienciado nos domínios físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Segundo Kolcaba, as intervenções de Enfermagem devem ser planejadas para promover conforto nesses aspectos.^(35,36) Os bebês *reborn*, nesse sentido, atuam como instrumentos eficazes para alcançar tais objetivos, especialmente entre idosos institucionalizados com demência, pacientes em luto perinatal e indivíduos com transtornos de ansiedade ou depressão.⁽³⁰⁻³²⁾

Outras teorias de Enfermagem também podem complementar essa abordagem, como a Teoria do Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger, que enfatiza a importância da adequação cultural nas práticas de cuidado.⁽³⁷⁾ Nesse sentido, o uso do boneco *reborn* deve respeitar os valores, crenças e significados atribuídos pelos indivíduos ao ato de cuidar, garantindo uma abordagem sensível e personalizada. Assim, o uso dos bonecos *reborn* configura-se como uma prática inovadora, que, quando respaldada por teorias de enfermagem, especialmente a Teoria do Conforto de Kolcaba, revela-se uma intervenção

ética e eficaz, capaz de promover o bem-estar e a qualidade de vida em diversos contextos de cuidado.⁽³⁴⁻³⁷⁾

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau é uma teoria de médio alcance centrada na relação entre o enfermeiro e o doente. A teoria identifica quatro fases sequenciais nas relações interpessoais: orientação (fase de identificação do problema); identificação (seleção do auxílio e profissional adequado); exploração (uso de auxílio profissional para alternativas de solução de problemas) e a resolução (finalização da relação profissional).⁽³⁸⁾

Na fase de orientação, há o encontro de pessoas desconhecidas, enfrentando uma realidade ainda não desvelada por ambos; com isso, deve haver a identificação das necessidades do cliente, estabelecendo estratégias de comunicação que possibilitem a compreensão sobre a situação atual e o contexto em que ele está submetido, procurando converter a energia da tensão e ansiedade, advindas dos primeiros encontros, em algo produtivo para o desenvolvimento de sua personalidade.⁽³⁸⁾

Ao adentrar na fase de identificação, o cliente pode idealizar o enfermeiro como uma figura, símbolo ou representação a partir de suas experiências passadas; com isso, os valores e sentimentos relativos a essa associação são reativados na relação. Cabe ao Enfermeiro trabalhar com essa representação, ampliando os significados e trabalhando as relações de dependência e independência. Esse processo irá clarificar as concepções de ambos e direcionar a relação para uma aprendizagem construtiva.⁽³⁹⁾ Durante a fase de exploração, o cliente é capaz de atuar de forma mais autônoma no seu processo de tratamento, fazendo pleno uso das possibilidades ofertadas pelo serviço. Por perceber-se mais independente, pode sentir um conflito com o estado de dependência. O Enfermeiro deve continuar esclarecendo, escutando, estabelecendo novas metas e auxiliando na promoção da satisfação em relação a suas demandas.^(38,39)

A fase de resolução pode ser identificada pela solução ou não do problema clínico, pela desvinculação gradual das pessoas relacionadas ao processo terapêutico, além do fortalecimento da capacidade do cliente de atuar de forma independente sobre si. O enfermeiro continua disponível para ajudar o paciente na satisfação das suas necessidades e demandas, mas consolida, em conjunto com a família e usuário, novos objetivos para o contexto de vida comunitária e ocupacional, fortalecendo a autonomia.^(38,39)

Em pesquisa realizada com puérperas internadas em um serviço de obstetrícia, constatou-se que a qualidade das ações dos enfermeiros é fundamentada na confiança apontada pelas entrevistadas em referência à execução do cuidar desses profissionais. As

puérperas revelaram dificuldades nos cuidados básicos quanto ao ato de amamentar causando insatisfação.⁽⁴⁰⁾ Apesar destas dificuldades houve contribuições para um melhor atendimento das puérperas quanto às ações dos Enfermeiros que agora sem o apoio direto desses profissionais essas mães se autocuidam e também cuidam de seus bebês sem orientações, demonstrando sucesso alcançado na instituição ao quarto passo da Teoria de Peplau que é a resolução.⁽⁴¹⁾

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, trata-se de uma análise de caráter teórico-reflexivo, o que implica a ausência de dados empíricos coletados diretamente com mulheres enlutadas que utilizam bonecos *reborn* como recurso simbólico. Essa característica pode restringir a generalização dos achados e limitar a compreensão das vivências subjetivas dessas mulheres. Além disso, há escassez de literatura científica nacional e internacional que aborde especificamente a associação entre o uso terapêutico de bonecos *reborn* e a aplicação de teorias de Enfermagem, o que impõe restrições à construção de uma base teórica consolidada sobre o tema. Por fim, é importante considerar que a análise foi realizada a partir de um recorte cultural e profissional específico, podendo não contemplar todas as variáveis envolvidas nesse fenômeno multifacetado.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Apesar das limitações, este estudo oferece contribuições relevantes para a prática de Enfermagem, especialmente no contexto do cuidado às mulheres que vivenciam a perda gestacional. A articulação entre o uso simbólico de bonecos *reborn* e as teorias de Enfermagem, como a Teoria do Conforto, a Teoria do Cuidado Transcultural e a Teoria das Relações Interpessoais, permite a construção de intervenções mais sensíveis, éticas e centradas na pessoa. Tais teorias auxiliam na identificação de necessidades emocionais, espirituais e culturais das mulheres enlutadas, promovendo um cuidado mais humanizado e integral. O estudo também aponta para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o acolhimento qualificado das demandas simbólicas e afetivas no contexto do luto perinatal, reforçando a importância de práticas clínicas baseadas em evidências e no reconhecimento da subjetividade do sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda gestacional é uma experiência profundamente impactante que desafia os limites da compreensão clínica e emocional no cuidado à saúde das mulheres. O uso simbólico de bonecos *reborn* surge, nesse cenário, como uma estratégia de ressignificação da maternidade interrompida, cuja eficácia pode ser potencializada quando respaldada por referenciais teóricos da Enfermagem. Este estudo buscou refletir sobre a aplicabilidade das Teorias de Enfermagem nesse contexto, apontando caminhos para a construção de um cuidado ético, empático e culturalmente sensível. Reafirma-se a importância de um olhar ampliado dos profissionais de saúde sobre o luto gestacional, que incorpore práticas integrativas e respeite o tempo e as singularidades de cada mulher. Futuras pesquisas empíricas são recomendadas para aprofundar o entendimento sobre essa prática e sua repercussão nos processos de cuidado e saúde mental das mulheres enlutadas.

REFERÊNCIAS

1. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021 May 1;397(10285):1658-1667.
2. Reda S, Trintinalha M de O, Okamoto C, Maia NT, Nisihara RM, Mendes GB, et al. Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 16º de julho de 2021;54(1):e174765.
3. Bezerra NA, Santos CNS, Silva ATCSG, Linhares FMP, Morais SCR. Nursing care for parents who have experienced fetal demise: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(1):e20220811.
4. Monteiro Felipe de Oliveira K. A maternidade e o bebê imaginário. *ARP*. 7º de dezembro de 2023;12(23).
5. Lemos APS, Cunha GR. Luto na perda gestacional: uma revisão de literatura. *Revista F&T*. 2024;12(1).
6. Aciole GG, Bergamo DC. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde debate*. 2019Jul;43(122):805–18.
7. Salgado HO, Andreucci CB, Gomes ACR, Souza JP. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. *Reprod Health*. 2021 Jan 6;18(1):5.
8. Cavalcante Fonseca A, Agra G, Pereira da Silva M, Soares Dantas MC, Régis Pimentel E, Mendonça Saraiva Nagashima A, de Oliveira Gaudêncio E. “Não sei porque você se foi,

quantas saudades eu senti”: vivências de mulheres em luto perinatal. *HU Rev.* 9º de novembro de 2023;49:1-10.

9. Vescovi G, Levandowski DC. Percepção Sobre o Cuidado à Perda Gestacional: Estudo Qualitativo com Casais Brasileiros. *Psicol cienc prof.* 2023;43:e252071.

10. Anunciação PS da, Lamy ZC, Pereira MUL, Madeira HGR, Loyola CD, Gonçalves LLM, et al. “Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(12):e00190517.

11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564, de 06 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2017.

12. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Câmara técnica de ética, legislação e normas. Nota técnica 001/2025. Nota Técnica: Atendimento de Enfermagem com uso simbólico de bonecas Reborn. São Paulo, SP: COREN, 2025.

13. Oliveira IVG, Maranhão TA, Sousa GJB, Silva TL, Rocha MIF, Frota MMC da, et al. Maternal mortality in Northeast Brazil 2009-2019: spatial distribution, trend and associated factors. *Epidemiol Serv Saúde.* 2023;32(3):e2022973.

14. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.

15. Santana DS, Guida JPS, Pacagnella RC, Cecatti JG. Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito. *Rev. Med. (São Paulo).* 15º de junho de 2018;97(2):187-94.

16. Lima SKM de, Araújo Bezerra R, Carneiro JL, Costa Carvalho FH, Santos Monte A, Chaves da Costa C, Castro Damasceno AK. Influência de fatores relacionados ao desfecho do near miss materno em pacientes com morbidade grave. *Rev. Enferm. Atual In Derme.* 25º de fevereiro de 2024;98(1):e024266.

17. Ferreira MES, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cad Saúde Pública.* 2023;39(8):e00013923.

18. Cook RJ. Human rights and maternal health: exploring the effectiveness of the Alyne decision. *J Law Med Ethics.* 2013 Spring;41(1):103-23.

19. Tintori JA, Mendes LMC, Monteiro JC dos S, Gomes-Sponholz F. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta paul enferm [Internet].* 2022;35:eAPE00251.

20. Oliveira HTL de, Fonseca LF, Estancione LMB, Corrêa MCSM, Oliveira N de R, Dias V do VVA. Pesar no óbito fetal: luto sem voz. *Rev Bioét [Internet].* 2022Jul;30(3):644–51.

21. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Pacagnella R de C, Lansky S, Gama SGN da, et al.. Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e near miss materno: protocolo de um estudo integrado à pesquisa Nascer no Brasil II. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(4):e00248222.
22. Pereira R da R, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saude soc*. 2011;20(3):579–89.
23. Lopes MRN dos S, Melo LTO, Lopes G de S. Aspectos emocionais da mulher relacionadas ao luto perinatal: um relato de experiência. *Rev. Contemp. [Internet]*. 26º de dezembro de 2023;3(12):31444-58.
24. Rocha L, Costa R, Gomes Íris EM, Alves IFB de O, Rosa R da, Lima MM de. Dificuldades enfrentadas pela enfermagem no cuidado à mulher com óbito fetal. *Saberes Plur. [Internet]*. 2º de março de 2023;7(1):e128168.
25. Ferreira MCS, Costa AD, Andrade LMXG, Barbosa TL de A. Tendência da mortalidade materna no Paraná, Brasil, e regionais de saúde, entre 2005 e 2020. *Ciênc saúde coletiva*. 2025Apr;30(4):e15482023.
26. Cunha MS, Queiroz-Cardoso AI de, Costa LS, Matricardi JL das N, Pompeo CM. Repercussões da pandemia de covid-19 na Mortalidade Materna no estado de Mato Grosso do Sul. *Saúde debate*. 2025Jan;49(144):e8839.
27. Araújo RB, Vinhati PLS, Rolim LML, Albuquerque B de C, Arsego AP de O, Carvalho FP. Pré-eclâmpsia: Desafios e Impactos da Profilaxia na Saúde Materno-Infantil. *Braz. J. Implantol. Health Sci. [Internet]*. 27º de fevereiro de 2025;7(2):2526-48.
28. Rocha JBF da, Bezerra IMP, Oliveira EK da S, Sena ABE, Leitão FNC, Abreu LC de. Space-time trends in fetal mortality in Brazil, 1996–2021. *Rev Saúde Pública*. 2025;59:e2.
29. Brasil. Lei nº 14.991, de 24 de maio de 2024. Institui a política nacional de atenção à saúde mental e apoio às mulheres que sofreram perda gestacional, neonatal e perinatal. *Diário Oficial da União*. 2024.
30. Iaconelli V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev latinoam psicopatol fundam*. 2007Dec;10(4):614–23.
31. Martín-García A, Corregidor-Sánchez AI, Fernández-Moreno V, Alcántara-Porcuna V, Criado-Álvarez JJ. Effect of Doll Therapy in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2022 Feb 23;10(3):421.
32. Zahmatkesh M, Faal Siahkal S, Alahverdi F, Tahmasebi G, Ebrahimi E. The role of art therapy on quality of life of women with recent pregnancy loss: A randomized clinical trial. *PLoS One*. 2024 Jul 25;19(7):e0305403.

33. Alves HLC, Lima GS, Albuquerque GA, Gomes EB, Cavalcante EGR, Viana MCA. Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. *Cogitare Enferm.* 2021;26:e71743.
34. Costa GSR, Silva NCSR da, Santos JL dos, Peixoto JJ de A, Souza VR dos S, Whitaker MCO, Rosa D de OS. Enfermagem e o ato de cuidar: uma reflexão dos fundamentos, conceitos e raízes históricas. *Cuad. Ed. Desar.* 17º de janeiro de 2025;17(1):e7303.
35. Dayse e Silva A, Souza Nascimento S. Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG.* 21º de junho de 2023;6(13):946-69.
36. Bispo LDG, Chagas BC da S, Resende LT de, Melo MS, Nascimento VSA. Nursing assistance during childcare in light of the theory of comfort. *RSD.* 2022Sep.14;11(12):e275111234426
37. Sousa VN, Rodrigues GC, Gomes LEM, Silva DL da, Masson VA, Rossignolo SC de O. A teoria de Madeleine Leininger aplicada ao acolhimento da enfermagem para atenção primária: uma revisão integrativa. *Rev. Contemp.* 3º de dezembro de 2024;4(12):e6818.
38. Pinheiro CW, Araújo MM, Rolim KMC, Oliveira CM, Alencar AB. Teorias das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enferm Foco* 2019;10(3):64-9.
39. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais.* 2. ed. São Paulo: Manole; 2017.
40. Correia TIG, Pereira MLL. Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. *Rev. Eletr. Enf.* 2015 jan./mar.;17(1):21-9.
41. Ferreira AP, Dantas JC, Souza FMLC, Rodrigues IDCV, Davim RMB, Silva RAR. O enfermeiro educador no puerpério imediato em alojamento conjunto na perspectiva de Peplau. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2018;20:v20a08.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.