

AMANDA MOREIRA DOS SANTOS

ROSELAINE ELIZABETH DAS NEVES PINTO

TALITA CUME MINARI CARDOSO

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM A PERDA GESTACIONAL**

Caçapava – SP

2021

AMANDA MOREIRA DOS SANTOS

ROSELAINE ELIZABETH DAS NEVES PINTO

TALITA CUME MINARI CARDOSO

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM A PERDA GESTACIONAL**

Monografia apresentada a Banca Examinadora da Faculdade Santo Antônio de Caçapava, a ser utilizado como requisito de aprovação para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

**Orientador(a):** Gabrielle Meriche Galvão Bento da Silva Guatura.

Caçapava – SP

2021

AMANDA MOREIRA DOS SANTOS

ROSELAINE ELIZABETH DAS NEVES PINTO

TALITA CUME MINARI CARDOSO

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS QUE VIVENCIAM A PERDA GESTACIONAL**

Monografia apresentada a Banca Examinadora da Faculdade Santo Antônio de Caçapava, a ser utilizado como requisito de aprovação para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

**Orientador(a):** Gabrielle Meriche Galvão Bento da Silva Guatura.

Caçapava, \_\_\_\_ de novembro de 2021.

Avaliação/nota:

**BANCA EXAMINADORA**

Titulação e nome

**Faculdade Santo Antônio**

Titulação e nome

**Faculdade Santo Antônio**

Titulação e nome

**Faculdade Santo Antônio**

**RESUMO**

Confirmado o diagnóstico de gravidez, a mulher elabora planos e imagina um futuro afetuoso com seu filho. Entretanto, por fatores que comprometem o transcorrer saudável da gestação, a mesma pode ser interrompida. A perda súbita do filho repercutirá de formas imensuráveis na vida dessas famílias, mas, quando a assistência visa promover o cuidado holístico, a experiência tende a ser menos traumática. **OBJETIVO:** Demonstrar as principais dificuldades no atendimento da equipe de enfermagem frente às famílias que vivenciam a perda gestacional, apresentando práticas terapêuticas que podem ser utilizadas durante a assistência. **METODOLOGIA:** Buscar na literatura, contribuições de pesquisas científicas relacionadas às práticas terapêuticas que podem ser utilizadas em situações de óbito fetal. **RESULTADOS:** Elegemos 09 artigos para leitura após os critérios de exclusão definidos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desejamos que esse trabalho suscite a reflexão sobre o tema, incentivando tanto a equipe médica quanto enfermeiros, a repensarem sobre sua conduta profissional para melhor atender as necessidades de cada família que vivencia a perda gestacional. E claro, implementando práticas assistenciais terapêuticas, para contribuir na elaboração do luto do filho idealizado.

**Palavras-chave:** morte fetal; natimorto; luto; planejamento de assistência ao paciente; enfermagem obstétrica; humanização da assistência.

**ABSTRACT**

Once the pregnancy diagnosis is confirmed, the woman makes plans and imagines an affectionate future with her child. However, due to factors that compromise the healthy course of pregnancy, it can be interrupted. The sudden loss of the child will have immeasurable repercussions on the lives of these families, but when nursing care aims to promote comprehensive care, the experience tends to be less traumatic. **OBJECTIVE:** Demonstrate the main difficulties in the care of the nursing staff in front of families who experience pregnancy loss, therapeutic techniques that can be used during care. **METHODOLOGY:** Search the literature for contributions of scientific research related to therapeutic practices that can be used in situations of fetal death. **RESULTS:** We chose 09 articles for reading after the defined exclusion criteria. **FINAL CONSIDERATIONS:** We hope that this work will encourage reflection on the topic, encouraging both the medical team and nurses to rethink their professional conduct to better meet the needs of each family that experiences pregnancy loss. And of course, implementing therapeutic care practices, to contribute to the elaboration of the mourning of the idealized child.

**Keywords:** fetal death; stillbirth; bereavement; patient care planning; obstetric nursing; humanization of assistance.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

[Figura 1 - Síntese dos critérios de busca utilizados na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e referências primárias para realização do trabalho. 25](#_Toc84450275)

[Quadro 1 - Atitudes a serem tomadas na hora da morte 21](#_Toc83545396)

[Quadro 2 - Atitudes a serem tomadas depois da morte 22](#_Toc83545397)

**LISTA DE TABELAS**

[Tabela 1 - Síntese dos artigos revisados na base de dados BVS, 2021. 26](#_Toc86074004)

[Tabela 2 - Síntese dos artigos revisados nas referências primárias, 2021. 29](#_Toc86074005)

**SUMÁRIO**

[1 Introdução .......................................................................................................................................... 9](#_Toc86147474)

[1.1 Problematização ........................................................................................................................ 10](#_Toc86147475)

[1.2 Objetivos ................................................................................................................................... 11](#_Toc86147476)

[1.2.1 Objetivos Específicos ......................................................................................................... 11](#_Toc86147477)

[1.3 Justificativa do Estudo .............................................................................................................. 11](#_Toc86147478)

[2 Expectativas da mulher durante a gravidez ..................................................................................... 11](#_Toc86147479)

[3 Definindo o luto complicado ........................................................................................................... 13](#_Toc86147480)

[4 Dificuldades da Enfermagem no atendimento às mães que perderam seus filhos .......................... 15](#_Toc86147481)

[5 Práticas terapêuticas utilizadas na assistência de famílias que vivenciam a perda gestacional ....... 16](#_Toc86147482)

[5.1 Autópsia perinatal ...................................................................................................................... 16](#_Toc86147483)

[5.2 A escrita e o apoio religioso ...................................................................................................... 17](#_Toc86147484)

[5.3 Sensibilização ao dar o diagnóstico do óbito fetal e parto de natimorto humanizado .............. 18](#_Toc86147485)

[5.4 Visitas domiciliares ................................................................................................................... 19](#_Toc86147486)

[5.5 Os sentimentos do pai e outras informações necessárias .......................................................... 20](#_Toc86147487)

[5.6 Modelos assistenciais ................................................................................................................ 20](#_Toc86147488)

[6 Metodologia ..................................................................................................................................... 24](#_Toc86147489)

[7 Resultados ........................................................................................................................................ 26](#_Toc86147490)

[8 Discussão ......................................................................................................................................... 30](#_Toc86147491)

[9 Considerações finais ........................................................................................................................ 32](#_Toc86147492)

[10 Referências bibliográficas ............................................................................................................... 33](#_Toc86147493)

# Introdução

Confirmado o diagnóstico de gravidez, a mulher, independente do período gestacional e de ser primigesta ou não, elabora planos e imagina um futuro afetuoso com seu filho. Quando mudanças físicas a acomete, em razão do desenvolvimento do feto, uma mistura de ansiedade e euforia invade seu ser. Entretanto, por fatores que comprometem o transcorrer saudável da gestação, tornando a evolução desfavorável, a mesma pode ser interrompida (RIFFEL, 2005).

Segundo RIFFEL (2005) existem fatores de risco que contribuem para natimortalidade. São eles: fatores comportamentais maternos (ex.: dependência química; automedicação; estresse laboral; ausência de pré-natal; cuidados de higiene e saúde inadequados); fatores hormonais (ex.: ganho de peso excessivo ou insuficiente; doença hipertensiva específica da gravidez; diabetes mellitus; nefropatia); fatores genéticos e hereditários (ex.: estado nutricional prejudicado; incompatibilidade do fator Rh); fatores ambientais (ex.: aumento de toxinas no meio ambiente; mudanças bruscas de altitudes; infecções agudas ou latentes: parasitárias, microbianas ou viróticas); fatores sociodemográficos (ex.: grau de instrução; condição financeira; estado conjugal; etnia); fatores ovulares e fetais (ex.: malformações; anomalias cromossômicas; patologia funicular; infecção amniótica; placenta prévia hemorrágica; gravidez prolongada, com anóxia fetal, por senescência placentária; descolamento prematuro da placenta); e fatores obstétricos (ex.: idade abaixo de 16 anos ou acima de 40 anos; estatura menor de 150 cm; história obstétrica prévia de natimortalidade e óbito neonatal; hipertonia uterina; gemelaridade; intercorrências durante o trabalho de parto) (RIFFEL, 2005).

O Ministério da Saúde distingue o óbito fetal ou natimorto do abortamento, utilizando como marcadores a idade gestacional, o peso ao nascer e a estatura do feto.

BRASIL (2009) define óbito fetal ou natimorto como:

“A morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária” (BRASIL, 2009).

Já o abortamento, BRASIL (2009) define como “a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido”.

Ou seja, nas duas situações temos a interrupção da gestação com a perda do feto, mas, tecnicamente ambos são diferentes. Conforme ALVES (2012) “o óbito fetal ou natimorto, está diretamente relacionado com a ausência de vida intrauterina; já o abortamento, o feto não concluiu sua formação e logo não teria chances de sobreviver”.

Contudo, a morte de um bebê ainda no útero inverte a lógica humana de nascer, envelhecer e morrer (SCHMALFUSS et al., 2018). E para os pais que experienciam a interrupção dessa ordem natural da vida, a perda costuma gerar profundos sentimentos, que quando não valorizados podem acarretar em prejuízos de caráter psíquico (SCHMALFUSS et al., 2018). Ou seja, a perda súbita do filho repercutirá de formas imensuráveis na vida da família enlutada; mas quando a assistência da enfermagem visa promover o cuidado holístico, a experiência tende a ser menos traumática.

## Problematização

Um acolhimento apropriado em situações de óbito fetal é aquele cuja equipe de enfermagem, tem conhecimento sobre as sequelas psicológicas deixadas pela perda. E dessa forma, além de promover o cuidado físico, assume uma postura acolhedora, priorizando no atendimento das demandas emocionais para contribuir na elaboração do luto. Entretanto, nem sempre os profissionais de enfermagem que atuam na obstetrícia sentem-se preparados em proporcionar uma assistência qualificada, visto que, muitos cursos de graduação não os capacitam para lidar com elementos que vão além da prática biomédica; e acabam por esquivar-se do atendimento, adotando atitudes que remetem ao distanciamento e à frieza como estratégia de amenizar a dor da perda.

Diante desse problema, este trabalho visa responder a seguinte questão: “Quais práticas terapêuticas podem ser utilizadas para auxiliar a assistência da equipe de enfermagem frente às famílias que vivenciam a perda gestacional, e assim, contribuir na elaboração do luto do filho idealizado?”.

## Objetivos

Demonstrar práticas terapêuticas que podem ser utilizadas na assistência da equipe de enfermagem às famílias que vivenciam a perda gestacional, através de uma revisão integrativa da literatura.

### Objetivos Específicos

* Descrever as dificuldades no atendimento da equipe de enfermagem a famílias que vivenciam a perda gestacional;
* Reunir as principais práticas terapêuticas para melhor conduzir o cuidado da equipe de enfermagem.

## Justificativa do Estudo

A escolha do tema partiu-se da curiosidade em analisar a assistência da equipe de enfermagem em situações de óbito fetal. E através da revisão integrativa de literatura, descobrimos a problemática do tema, que relacionava a não eficiência da assistência ao despreparo dos profissionais da enfermagem em promover o cuidado holístico aos pais, como também, a estrutura dos serviços de saúde que contribuía para falhas; fazendo-nos concluir sobre a relevância em abordar o tema. Como resultado, decidimos descrever as dificuldades no atendimento e apresentar práticas terapêuticas que podem conduzir o cuidado da equipe de enfermagem às famílias enlutadas.

# Expectativas da mulher durante a gravidez

Notoriamente, a gravidez exige da mulher um processo de ajustamento. Conforme LEMOS; CUNHA (2015) a mulher deverá se adaptar “tanto às mudanças físicas (modificações corporais, hormonais e/ou metabólicas) quanto psicológicas (aceitação da realidade da gravidez, mudança da imagem corporal, simbolização do bebê e desenvolvimento do vínculo afetivo etc.)”.

Segundo PICCININI et al. (2009) “o bebê anuncia, então, sua existência no psiquismo dos pais muito antes do seu nascimento, e os projetos e expectativas que envolvem a sua chegada preparam o lugar para acolhê-lo”. Ademais, os autores descrevem cinco categorias relacionadas às expectativas das gestantes. São elas: sexo do filho, a maioria das gestantes possui crenças populares para descobrir o sexo do bebê, antes da sua confirmação na ultrassonografia; nome do filho, a maioria das gestantes opta em escolher um nome que tenha significado especial, espelhando-se como enxergarão o filho quando se tornar adulto; características psicológicas do filho, a maioria das gestantes imagina que os filhos herdarão características da personalidade semelhantes aos delas e/ou dos pais; interação mãe e filho, a maioria das gestantes relata que sentem os movimentos do bebê, quando as mesmas direcionam a fala a ele; saúde do filho, a maioria das gestantes preocupa-se com a probabilidade de terem um bebê com síndromes ou malformações congênitas (RODRIGUES, 2009).

Contudo, a morte de um filho antes do nascimento, representa grande perda para a mãe. Dado que, segundo LEMOS; CUNHA (2015) “a mulher vivencia uma perda que afeta seu corpo, com a eliminação das características de grávida e realização de procedimentos médicos”.

Dificilmente os pais desencadearão reações depressivas tão intensas quanto à mães, devido ao significado que cada um atribui à perda gestacional (LEMOS; CUNHA, 2015). Segundo LEMOS; CUNHA (2015) “o homem, geralmente, não tem sua identidade definida pela paternidade, enquanto, muitas mulheres constroem sua identidade pautada na condição de tornar-se mãe”.

Desse modo, a perda gestacional se torna um acontecimento complexo à mulher, sendo importante investigar como ela a aflige; para assim, promover práticas assistenciais de atenção a saúde física e emocional dessa mulher (LEMOS; CUNHA, 2015).

# Definindo o luto complicado

Segundo BOWLBY (2004, apud LIMA; FORTIM, 2015) o processo do luto, divide-se em quatro fases. Na primeira, o enlutado experiencia a “fase de torpor ou aturdimento que dura de horas a uma semana, marcada pelo choque ou incapacidade de crer na notícia da morte do ente perdido”. Na segunda, o enlutado experiencia a “fase da saudade e busca da figura perdida com duração de meses a anos”. A qual, o mesmo passa a “interpretar sinais do ambiente como significativos da sua lembrança ou retorno do ente perdido”. Na terceira, o enlutado experiencia a “fase de desorganização e desespero, criando uma redefinição da identidade sem o ente perdido”. E por fim, na quarta “fase denominada reorganização, o enlutado se mostra disposto a aceitar a perda e a reconstruir a vida” (LIMA; FORTIM, 2015). Mas, ainda que o processo do luto divida-se em fases, sua elaboração não é sequenciada. Ou seja, mesmo que compartilhe de fases comuns, é vivenciado de forma singular e varia no contexto cultural e social (LIMA; FORTIM, 2015).

AGUIAR; ZORNIG (2016) relata que, após a morte do bebê, a mãe experiencia uma sensação de dupla perda.

“O vazio é experimentado, naturalmente pelas mães após o parto, mesmo com o nascimento de uma criança viva. Mas a sensação de perda é consolada pelo bebê real que vai lhe ajudar a superar a estranheza de perder seu bebê de dentro. Com o natimorto, no entanto, a mãe deverá lidar com um vazio tanto interno quanto externo” (AGUIAR; ZORNIG, 2016).

Contudo, quando o processo do luto não finaliza como acreditado, resulta em luto complicado, fatidicamente mecanismos de defesa impedem que o enlutado lide conscientemente com a perda (LIMA; FORTIM, 2015). Conforme LIMA; FORTIM (2015) “a relação com a pessoa perdida permanece sem transformação, na ilusão de que a perda não ocorreu de modo concreto, impedindo a elaboração do luto”.

Um fato curioso, referente à intensidade das emoções após a perda gestacional está relacionado ao desejo da gravidez (AMTHAUER et al., 2012). Se for uma gravidez desejada, as mulheres expressam sentimentos de incredulidade, dificultando na aceitação da perda; por outro lado, se for uma gravidez não desejada, esses sentimentos são irrelevantes para as mulheres, facilitando na superação da perda (AMTHAUER et al., 2012).

Segundo FERREIRA; MONTIGNY; PELLOSO (2016) as mulheres que não conseguem superar a perda podem desenvolver “perturbações psicológicas como, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e o luto complicado”.

O luto complicado caracterizado como um transtorno mental, segundo FERREIRA; MONTIGNY; PELLOSO (2016) define-se como “sofrimento intenso, persistente, angustiante e incapacitante, tornando-se um grave problema de saúde e refletindo sobre a pessoa, sua família e até a sociedade, por uma inadaptação no rompimento de uma relação significativa ao longo da vida”.

As manifestações do desenvolvimento do luto complicado nessas mulheres sucedem conforme menor for à idade dos filhos e dos filhos nascidos mortos (FERREIRA; MONTIGNY; PELLOSO, 2016). Referente ao filho que nasce morto, segundo FERREIRA; MONTIGNY; PELLOSO (2016) “a mulher experimenta um luto diferente, pois, foram meses de expectativas para o desfecho de um nascimento sem sinais de vida, o que demanda tempo e ajuda para superação da perda”.

Nesse sentido, podemos considerar o óbito fetal como um fator de risco para elaboração do luto, visto que, instaura-se um luto não autorizado, deslegitimando o papel de mãe (LIMA; FORTIM, 2015). Segundo LIMA; FORTIM (2015) “se a mãe não possui um descendente vivo, logo não é considerada uma mãe legítima, embora tenha vivido a experiência da maternidade durante a gestação”.

Em consequência do luto não autorizado, os sentimentos mais observados são de culpa, com relação à má funcionalidade do corpo, e vergonha com relação ao fracasso de construir uma família com o marido. Isso implica, no constante desejo de engravidar novamente para provar a capacidade de gerar um filho saudável (LIMA; FORTIM, 2015). Entretanto, segundo FREIRE (2012) “quando em nova gestação, mães de natimortos demonstravam falta de investimento na gravidez, com tristeza e medo exacerbados mesmo quando asseguradas da saúde do feto”.

# Dificuldades da Enfermagem no atendimento às mães que perderam seus filhos

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade. Conforme BRASIL (2011) o acolhimento “é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde”.

Um acolhimento apropriado em situações de óbito fetal é aquele cuja equipe de enfermagem, tem conhecimento sobre as sequelas psicológicas deixadas pela perda. E dessa forma, além de assumir uma postura acolhedora, ouvindo atenciosamente os pedidos da família enlutada e respondendo-a empaticamente; prioriza no atendimento das demandas emocionais, contribuindo na elaboração do luto (AMTHAUER et al., 2012). Portanto, os profissionais da enfermagem devem objetivar a integralidade da assistência.

Entretanto, nem sempre os profissionais que atuam na obstetrícia conseguem proporcionar uma assistência qualificada na ocasião de perda fetal (SCHMALFUSS et al., 2018). Pois, ainda que a morte faça parte do cotidiano de trabalho, os mesmos, em sua formação foram preparados para preservar à vida, o que evidencia esse despreparo frente à morte (RIFFEL, 2005). SCHMALFUSS et al. (2018) afirma que “enfermeiras e parteiras apresentam dificuldades em prover suporte emocional a pais enlutados, alegando falta de habilidades de comunicação, de conhecimento sobre esse tipo específico de luto e de manejo dos sentimentos pessoais”. Nesse sentido, nos corredores da maternidade, evita-se estender a comunicação com os familiares enlutados, como estratégia de amenizar a dor da perda, que em contrapartida, cria-se um clima de abandono.

No que tange ao atendimento hospitalar, muitas mães relataram que não foram consultadas sobre a escolha dos procedimentos durante o parto, e posteriormente, foram poupadas pela equipe de saúde, de ver e tocar no filho morto (RODRIGUES, 2009). RODRIGUES (2009) evidencia que, “para a maioria dos pais que veem os filhos, a experiência é valiosa e aqueles que não os veem arrependem-se depois”. AGUIAR; ZORNIG (2016) ressalta “a importância de se estabelecer a identidade do natimorto e nos lembra que uma morte sem um corpo (que não tenha sido visto por seus pais) parece irreal”.

Além disso, receberam alta precoce, retornando a casa sem ter nenhum suporte psicológico, tendo que lidar com suas próprias emoções. Nesse caso, a simples permanência na instituição hospitalar, obtendo cuidados adequados da equipe de enfermagem, a ajudaria se recuperar do choque inicial e concederia tempo até estar preparada para alta (RIFFEL, 2005). Vale ressaltar, os problemas relacionados à estrutura dos serviços de saúde que colaboram para uma assistência com deficiências, como por exemplo, a internação de mães com seus filhos sadios conjuntamente no quarto da mulher que perdeu seu filho, podendo ser uma experiência dolorosa (RIFFEL, 2005).

# Práticas terapêuticas utilizadas na assistência de famílias que vivenciam a perda gestacional

## Autópsia perinatal

Estudos confirmam que, um dos fatores determinante para a morte perinatal provém de complicações no transcorrer da gestação. Entretanto, quando perguntado as mães, sobre as causas do óbito de seu filho, as mesmas, respondiam de forma diferente ao que estava registrado na declaração de óbito (RODRIGUES, 2009). Segundo GOULART et al., (2005) elas culpabilizam “à negligência, falta de atenção, não-valorização da queixa, displicência e demora na realização das intervenções”.

A falta de dados no esclarecimento da causa do óbito fetal, está associada como um fator de risco comprometedor na elaboração do luto. Nesse sentido, evitando complicações futuras, cabe à equipe médica solicitar e/ou oferecer serviços de autópsia perinatal (CARMEIRO, 2006). Como vantagens da realização da autópsia perinatal, temos: facilidade na elaboração da perda; minimização dos sentimentos de culpa e/ou negligência por parte da equipe médica; identificação de falhas no atendimento médico; detecção de problemas genéticos, promovendo o aconselhamento para novas gravidezes; detecção de problemas de saúde pública, protegendo filhos existentes ou futuros; fornecimento de dados variados para atividades de ensino e pesquisa (CARMEIRO, 2006).

A alta prevalência de luto complicado advém principalmente da inexistência de redes de apoio ao enfrentamento do luto. Após a perda gestacional, as mulheres não encontram um espaço para expressar seus sentimentos, prejudicando na elaboração do luto e influenciando negativamente na saúde mental (FERREIRA; MONTIGNY; PELLOSO, 2016). Conforme AMTHAUER et al. (2012) faz-se necessário à existência de “ambientes que propiciem a escuta com vistas à elaboração de sentimentos”. Ou seja, grupos de apoio organizados por profissionais de saúde, para que os pais enlutados além de compartilharem suas histórias, possam ser orientados sobre como enfrentar o luto (FERREIRA; MONTIGNY; PELLOSO, 2016). Segundo RODRIGUES, 2009 “as lembranças da existência do bebê farão parte da memória dos pais e, consequentemente, são positivas para o processo de luto deles”.

## A escrita e o apoio religioso

A escrita, por exemplo, pode ser um recurso auxiliar na elaboração do luto do filho idealizado. Em conformidade com LIMA; FORTIM (2015) “enquanto a fala é impossível de ser retomada depois de emitida, a escrita permite maior caráter reflexivo, visto que o registro permite a releitura”.

“Um evento traumático institui uma memória em que o passado é sempre presente, pois o que foi vivido exige repetição até que seja elaborado. Tal repetição muitas vezes aparece de modo doloroso, visto que o recordado não corresponde mais à situação original, mas sim a múltiplas edições feitas pela psique, na tentativa de compreender e ressignificar a crise vivida” (LIMA; FORTIM, 2015).

Resumidamente, pesquisas mostram melhoras na função cognitiva devido à escrita, redução significativa dos níveis de estresse, como também, transformação do estado emocional, dado que, a expressão dos sentimentos através da escrita permite a ressignificação do que se vivenciou (LIMA; FORTIM, 2015). Vale ressaltar, a importância da fé como apoio às mulheres, devido a inúmeras declarações de óbito sem causa especificada, tal qual, o uso da fé como esperança, na certeza de um reencontro designado por Deus (LIMA; FORTIM, 2015).

“A própria nomenclatura “mãe de anjo” pressupõe uma vida celestial, em que seus bebês têm uma vida acima da terrena, protetores da família, que teriam essa missão ao partir do mundo dos vivos. Existe uma atribuição comum de causalidade que condiz com os desígnios divinos, como se Deus tirasse os bebês das mães em virtude de planos superiores além da compreensão terrena. Embora os bebês tenham morrido por motivos diferentes, existe certo consolo na concepção de que “Deus quis assim” e que elas devem confiar e aceitar seus desígnios” (LIMA; FORTIM, 2015).

Logo, informações sobre as crenças da família são necessárias para que os ritos ligados à morte possam ser incorporados aos procedimentos de enfermagem (RIFFEL, 2005).

## Sensibilização ao dar o diagnóstico do óbito fetal e parto de natimorto humanizado

Sabe-se que a notícia da perda é dolorosa para os pais. E, é a equipe médica quem deve responsabilizar-se em comunicar o diagnóstico de óbito fetal a família; e carece ser dito com prudência e empatia, respondendo todos os questionamentos que surgirão após revelação (ALVES, 2012).

Além disso, o parto costuma ser dificultoso, visto que, o feto mole e desarticulado e a bolsa amniótica flácida, ocasionam má acomodação, contrações e dilatação ineficientes, e consequentemente o feto nasce macerado (CARVALHO, 2007).

Logo, a equipe de saúde deve aguardar pacientemente o tempo dos pais de aceitarem a realidade; atribuindo-lhes a oportunidade de optar pela melhor conduta de retirada do feto, após o esclarecimento das vantagens e desvantagens de cada procedimento (ALVES, 2012). Segundo, BRASIL (2001) “as situações de risco devem ter um olhar diferenciado e na maioria das vezes se resolvem através do parto vaginal”.

“A concepção de que não há muito a ser feito parece ser fruto da impotência diante da perda consumada e, também, de uma tendência de medicalização do sofrimento, em que tecnologias leves, como a escuta, o apoio e a atitude de ficar junto são pouco valorizadas e até questionadas e esvaziadas de sentido ante a hipervalorização de verdades cartesianas atreladas ao modelo biomédico de saúde” (AMTHAUER et al., 2012).

Nesse sentido, visando amenizar o trauma diante desse cenário, a equipe de saúde deve promover um parto de natimorto humanizado, respeitando as condições fisiológicas da parturiente, evitando intervenções desnecessárias, ofertando suporte emocional através da garantia do acompanhante de livre escolha da gestante, diminuindo potenciais complicações e o tempo de hospitalização (ALVES, 2012). No geral, o profissional de saúde sempre deverá receber a mulher com dignidade e ética, encorajando a autonomia da mesma (ALVES, 2012).

Ainda existe um estigma social, em que a via do parto é uma decisão do médico obstetra. E está certo, que é o médico obstetra quem acompanha a evolução da gestação durante as consultas de pré-natal, monitorando as condições de saúde da mãe e do feto, propiciando a detecção precoce de possíveis complicações e anormalidades, entretanto, o médico obstetra, que se dispõe a realizar um parto humanizado, questiona a mulher sobre o que é melhor para ela (ALVES, 2012).

## Visitas domiciliares

As visitas domiciliares aparecem como uma das principais práticas de cuidado da Equipe de Saúde da Família (ESF), além delas, o encaminhamento das mulheres enlutadas ao psicólogo. O suporte psicológico influenciará na retomada da vida após a perda, como também, no planejamento de uma nova gestação (AMTHAUER et al., 2012).

De acordo com AMTHAUER et al. (2012) “essas visitas proporcionam aos profissionais maior aproximação com a família, o que permite um acompanhamento adequado e efetivo, baseado em escuta, aconselhamento e orientação”.

“A visita domiciliária, quando planejada e realizada com um propósito estabelecido, é uma ação que facilita a compreensão e o cuidado das famílias atendidas, pois propicia o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização. Enquanto ferramenta de assistência à saúde, objetiva orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que essas famílias atendidas tenham condições de se tornar autônomas no cuidado à sua saúde” (AMTHAUER et al., 2012).

A literatura salienta que, os pais enlutados têm dificuldades em desabafar sobre a morte do bebê aos parentes e amigos, pois, notam certo desconforto entre seus membros. Conforme AMTHAUER et al. (2012) “por mais privado que seja o evento da morte/morrer, uma pessoa que não esteja dentro do sistema familiar pode ajudar os indivíduos a conversarem entre si, na tentativa de promover uma reorganização da situação de perda para essas pessoas”.

Estudos indicam que os parceiros dessas mulheres, mesmo sofrendo com a situação, as fornecem suporte para superar o sofrimento motivado pela perda do filho. Segundo AMTHAUER et al. (2012) “o fato de nem sempre estarem preparados para dar-lhes o devido suporte, não os impede de oferecer apoio no compartilhamento da experiência”.

Contudo, a sensibilidade dos profissionais nos âmbitos físico, emocional e espiritual, facilita a aproximação com a família, possibilitando identificar as carências resultantes da perda e colaborando para qualificação da assistência (AMTHAUER et al., 2012).

## Os sentimentos do pai e outras informações necessárias

Por consequência da associação do homem à virilidade, força e dominação, os sentimentos do pai perante a perda do filho são frequentemente ocultados. No entanto, a equipe de enfermagem deve considerá-los e fornecer suporte igualitário ao casal (RIFFEL, 2005).

Ademais, devem ser repassadas informações quanto ao funeral, visto que, fora a opção de sepultamento, atualmente, existe a opção da cremação; quanto ao salário maternidade, visto que, a mulher cujo filho nasceu vivo falecendo a seguir ou morto (neste caso, quando o óbito ocorreu após o 6º mês de gestação ou feto pesando mais de 500g) tem o direito ao salário maternidade, que receberá durante os primeiros 120 dias, a partir do nascimento; quanto a lactogênese, para assim, providenciar medicação para inibição da lactação e sugerir o uso de sutiã justo ou ataduras nas mamas (RIFFEL, 2005; CARVALHO, 2007).

## Modelos assistenciais

O óbito fetal aflige tanto os familiares, que percorrerão um longo tempo até aceitação da perda, quanto da equipe de saúde, que não sabendo lidar com os familiares, acaba evitando dialogar sobre o assunto, colaborando para o sentimento de solidão (ALVES, 2012).

Assim, ALVES (2012) sugere a equipe de enfermagem que, forneça informações acuradas e compreensivas à família; estimule a discussão da perda e a manifestação de sentimentos ligados a ela; disponibilize retratos do bebê para confirmação do óbito e permita que permaneçam com o natimorto por tempo indeterminado para o luto e a conscientização da morte; auxilie com preparativos de funeral e contato religioso conforme desejo da família; use contato físico apropriado (tocar no ombro, segurar a mão) para consolá-los; oriente aos pais a melhor maneira de comunicar aos irmãos (caso os tenham) e encaminhe a rede de atenção primária responsável por eles para a continuidade de cuidados após a alta.

Já SCHMALFUSS et al. (2018) recomenda-se que, em suas ações, os enfermeiros: adotem profundo respeito à individualidade e à diversidade experienciada pelos pais; forneçam informações objetivas (por vezes impressas), de forma tranquila e solidária, com o intuito de manter o equilíbrio daqueles que vivenciaram a perda; proporcionem a criação de memórias, possibilitando que os pais visualizem e/ou segurem e/ou conversem com o seu bebê, deem banho e vistam, participem de cerimônias religiosas ou de nomeação, apresentem ao restante da família, registrem fotos e filmes e levem para casa utensílios utilizados pelo bebê; prestem suporte e apoio por meio de cuidados adequados; considerem o luto como parte da experiência humana e não como uma situação que remete ao fracasso do profissional.

Objetivando conduzir o cuidado de profissionais da área médica e enfermeiras obstétricas, nos casos de mortes intrauterina e natimorto, a OMS (2007 apud RODRIGUES, 2009) apresentou as seguintes diretrizes:

Quadro 1 - Atitudes a serem tomadas na hora da morte

|  |  |
| --- | --- |
| **Diretrizes** | **Conceituações** |
| **Evitar sedar a mãe** | Evitar sedar a mulher para ajudá-la a enfrentar a situação. A sedação pode retardar a aceitação da morte e fazê-la reviver a situação posteriormente de modo mais complicado. |
| **Esforçar-se para reanimação do feto** | Permitir que os pais vejam os esforços feitos pela equipe de saúde para reanimar o filho. |
| **Encorajar os pais a ver e segurar o feto** | Encorajar a mãe / casal a ver e segurar o filho natimorto para facilitar o luto. |
| **Orientar os pais sobre a aparência do feto** | Preparar os pais para possível aparência inesperada do filho natimorto. Se necessário, arrumar o natimorto de modo que pareça o mais normal possível. |
| **Evitar separação brusca do filho a mãe** | Evitar separar a mãe do filho muito rápido (antes que ela diga que está pronta para a separação). Isso pode interferir ou prolongar o processo de luto. |

**Fonte:** OMS, 2007 apud RODRIGUES, 2009.

Quadro 2 - Atitudes a serem tomadas depois da morte

|  |  |
| --- | --- |
| **Diretrizes** | **Conceituações** |
| **Conceder tempo à família para estar com o filho** | Conceder que os membros da família continuem passando algum tempo com o filho natimorto. |
| **Oferecer lembranças** | As pessoas ficam enlutadas de maneiras diferentes, mas, para muitas, as lembranças são importantes. Ofereça à família pequenas lembranças, como: mecha de cabelo, pulseira ou placa com o nome do filho. |
| **Chamar o filho pelo nome escolhido** | Como é costume dar nome aos filhos recém-nascidos, encoraje a família a chamá-lo pelo nome. |
| **Preparar o feto para o funeral** | Permita-lhe prepará-lo para o funeral se assim o desejarem. |
| **Incorporar os ritos fúnebres aos procedimentos** | Encoraje a família a praticar o rito fúnebre que tem por hábito e assegure-os que os procedimentos médicos não interferirão. |
| **Esclarecer dúvidas** | Converse com os pais para esclarecer o acontecimento e possíveis medidas preventivas para o futuro. |

**Fonte:** OMS, 2007 apud RODRIGUES, 2009.

Assim como, as diretrizes apresentadas pela Organização Mundial da Saúde, COSTA et al. (2003 apud RODRIGUES, 2009) expõe alguns princípios condutores do cuidado:

* Assegurar a permanência da família junto ao bebê o maior tempo possível;
* Encorajar o contato do bebê com outros participantes da família;
* Nomear o bebê para o reconhecimento da equipe;
* Assegurar privacidade aos familiares do bebê no processo de luto, oferecendo-lhes um espaço específico na maternidade;
* Colocar à disposição dos pais lembranças significativas da vida do bebê, tais como: pulseirinha de identificação, mecha de cabelo, cartão com o carimbo do pezinho e fotos, dentre outros, coletados em uma “caixa-memória”;
* Disponibilizar apoio espiritual segundo a concordância e opção religiosa dos responsáveis;
* Orientar a família sobre a rotina e os procedimentos na situação do óbito;
* Esclarecer os pais ou responsáveis sobre a necessidade e o procedimento de necropsia, de tal forma que eles possam decidir livremente e não tenham a sensação de estarem sendo pressionados a autorizar o procedimento;
* Proporcionar aos pais o acesso ao resultado da necropsia quando retornarem à maternidade em reunião mensal agendada.

Em contrapartida, RODRIGUES (2009) opina que o modelo de assistência não deve ser único a todos os pais que vivenciam a perda de seus filhos no período perinatal, “porque cada família deve ser atendida particularmente e lhes serem oferecidas intervenções com base no repertório de suas necessidades”.

Portanto, os pais que vivenciam o óbito fetal, encontram-se frágeis e necessitam de cuidados, assim, na existência ou não de um modelo de assistência na instituição hospitalar, à equipe médica e enfermeiros precisam repensar sobre sua conduta profissional para melhor atender as individualidades de cada família (RODRIGUES, 2009).

# Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre práticas assistenciais terapêuticas frente às famílias que vivenciam a perda gestacional. A revisão da literatura é uma tática de busca utilizando-se diferentes Descritores em Ciências em Saúde (DeCS) e seus correspondentes em inglês no Medical Subject Headings (MeSH). A pesquisa foi realizada na base de dados do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Neste trabalho, foi utilizada uma combinação de descritores, na configuração avançada da base de dados utilizada, em alternância com o operador booleano “AND” que recupera registros contendo ambos os termos e “OR” que faz a união entre as palavras ou termos.

Resultando em 155 artigos oriundos da base de dados BVS. A busca foi então refinada adotando os critérios de seleção estabelecidos na estratégia de busca: texto completo e no idioma português. Assim, com a aplicação do filtro, reduziu-se o número de ocorrência para 12 artigos (Figura 1).

Antes da leitura crítica dos resumos, já se excluíram os 05 artigos que estavam em duplicidade, resultando em 07 artigos elegíveis para leitura na íntegra. Ademais, foram acrescentados 02 artigos elegíveis para leitura na íntegra, sendo incluídos como referências primárias a parte da busca, pois, eram artigos que não estavam na base de dados BVS, mas, tinham relevância com o tema de interesse. Dessa forma, utilizamos 09 artigos na presente revisão de literatura.

Figura 1 - Síntese dos critérios de busca utilizados na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e referências primárias para realização do trabalho.

**Descritores:** "morte fetal" OR natimorto AND luto AND "planejamento de assistência ao paciente" OR "enfermagem obstétrica" OR "humanização da assistência"

**Identificação**

**BVS**

(n = 155)

**Busca refinada:** texto completo e no idioma português.

**Seleção**

Artigos selecionados

(n = 12)

05 artigos excluídos por duplicidade

**Elegibilidade**

07 artigos elegíveis para leitura na íntegra

**Referências primárias:** 02 artigos incluídos pela relevância com o tema

09 artigos incluídos na revisão integrativa

**Inclusão**

# Resultados

Na base de dados BVS foram eleitos 07 artigos para leitura (Tabela 1). O primeiro artigo refere-se à importância de compreender a experiência da mãe diante do filho natimorto, como também do pai, que da mesma forma vivenciará o luto (RODRIGUES, 2009). O segundo artigo relata sobre as condutas de enfermagem que transformam o parto de feto morto humanizado (ALVES, 2012). O terceiro artigo verifica se a escrita pode ser considerada uma aliada terapêutica na elaboração do luto materno por natimortos (LIMA; FORTIM, 2015). O quarto artigo estuda como as mulheres enfrentam e vivenciam a situação de perda gestacional, enfatizando as percepções e os sentimentos das mesmas (LEMOS; CUNHA, 2015). O quinto artigo compara fatores associados ao estado de luto após óbito fetal, entre brasileiras e canadenses (FERREIRA; MONTIGNY; PELLOSO, 2016). O sexto artigo reflete sobre questões que surgem como obstáculos para elaboração do luto e a assimilação da experiência vivida (AGUIAR; ZORNIG, 2016). Por fim, o sétimo artigo descreve sobre o reconhecimento da existência de um processo de luto após a ocorrência de natimorto e meios de auxiliar essa família (CARMEIRO, 2006).

Tabela 1 - Síntese dos artigos revisados na base de dados BVS, 2021.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autor (es)** | **Título do artigo** | **Objetivo** | **Método de Estudo** | **Conclusão** |
| RODRIGUES, M.M.C. | A experiência da mãe por ter um filho natimorto. | Compreender a experiência da mãe diante do filho natimorto. | Pesquisa qualitativa: interacionismo interpretativo para análise das narrativas das 09 mães que passaram pela experiência de ter um filho natimorto. | Contribuir na compreensão da experiência da mulher com o filho natimorto e que a gravidez e o parto ainda são tidos como um evento da mulher, porém sabe-se que se trata de um evento da família e o pai também sofre uma perda e que da mesma forma que a mulher ele terá que vivenciar o luto. |
| AMTHAUER, C. et al. | Práticas assistenciais na perda gestacional:  vozes de profissionais de saúde da família | Identificar as percepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de um município do Noroeste gaúcho sobre a perda gestacional e as práticas assistenciais desenvolvidas por esses  profissionais junto a mulheres e famílias que vivenciam esse tipo de perda. | Estudo descritivo de natureza qualitativa: dele participaram 12 profissionais, por meio de entrevista semi-estruturada. | Dos achados deste estudo apreende-se que os profissionais da ESF estudados identificam os sentimentos gerados na mulher e/ou família que sofrem com a perda gestacional, tais como revolta, fracasso, tristeza e culpa. Ainda, reconhecem essa condição como uma situação de difícil superação, refletindo-se, diretamente, na aceitação e elaboração adequada do luto. |
| ALVES, D.S. | Humanização do parto de natimorto:  relato de experiência. | Identificar as condutas de enfermagem que tornam  o parto de feto morto mais humanizado. | Relato de experiência: vivência no bloco cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, anexo ao centro obstétrico, durante o estágio curricular no segundo semestre do curso técnico em enfermagem. | Relatei onde e como aconteceu o parto, expliquei o que é feto morto e a diferença de aborto de parto de natimorto, bem como citei os conceitos diretamente ligados a eles. Procurei entender os motivos para cada conduta e salientar o lado humanizado que há em cada uma delas. |
| LIMA, S.;  FORTIM, I. | A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimortos. | Compreender como se dá a experiência escrita do luto materno por natimortos, e verificar se tal recurso pode ser considerado um aliado terapêutico na elaboração da perda. | Foram analisados textos de 03 mães publicados em blogs, com base na teoria de Bowlby (apego e luto). | Nossas descobertas confirmam que a escrita tem um efeito terapêutico, uma vez que auxilia no processamento tanto da experiência traumática quanto da perda socialmente invisível, além de ser o meio mais importante de preservação da memória do bebê perdido. |
| LEMOS, L.F.S.;  CUNHA, A.C.B | Concepções Sobre Morte e Luto:  Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional | Estudar como mulheres vivenciam e enfrentam a situação de perda gestacional, com base na investigação dos aspectos cognitivos (percepções e significados) e emocionais (sentimentos) relacionados. | Estudo descritivo qualitativo: participaram 11 mulheres internadas no alojamento conjunto de uma maternidade pública, localizada na cidade do Rio de Janeiro. | Observou-se que o momento do óbito fetal é marcado por reações de choque e negação, seguido de um estado de humor deprimido, desmotivação, autoestima baixa e medo de novas perdas para aquelas mulheres. Discute-se o suporte familiar e da equipe de saúde como essencial para a elaboração da vivência da perda gestacional. |
| FERREIRA, G.; MONTIGNY, P.F; PELLOSO, S.M. | Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses | Verificar a associação entre luto complicado e  características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, satisfação conjugal e suporte profissional em mulheres após natimorto. | Estudo transversal, descritivo, exploratório: com 26 mulheres que tiveram óbito fetal, registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade, residentes no município de Maringá (PR) no ano de 2013, e 18 mulheres participantes do Centre d’Études et de Recherche  en Intervention Familiale (CERIF) na Universidade do Quebec em Outaouais, no Gatineau, Quebec, Canadá nos anos de 2010 a 2014. | As mulheres que devem ser investigadas no período  de luto são aquelas residentes no Brasil, sem uso  de grupo de apoio profissional, apresentando pouca  ou nenhuma satisfação conjugal, sem religião e  com baixo nível de escolaridade. |
| AGUIAR, H.C ZORNIG, S. | Luto fetal: A interrupção de uma promessa | Propor a pensar sobre o trabalho subsequente à perda fetal, a luz da teoria psicanalítica e a refletir sobre questões que surgem como obstáculos ao trabalho do luto e a introjeção da experiência vivida. | Refletiremos sobre algumas questões que surgem como obstáculos ao trabalho de luto e à introjeção da experiência vivida. Apontaremos como a melancolia pode, com frequência, constituir uma reação à perda fetal, aprisionando o sujeito numa busca incessante para recuperar o objeto perdido. Utilizaremos fragmentos clínicos a fim de ilustrar as questões apontadas. | Lançar luz sobre o delicado processo de perda gestacional, alertando para seu potencial traumático e para a dificuldade de instauração do trabalho do luto, sendo a morte nesse delicado cenário pode favorecer o aprisionamento dos pais a uma visão de um ideal, mais difícil de ser abandonada e compreendida em seu real sentido. |

Nas referências primárias foram eleitos 02 artigos para leitura (Tabela 2). Sendo um deles referente às deficiências da assistência de enfermagem à mulher com óbito fetal, refletindo o impacto dessas limitações nas práticas de cuidado (SCHMALFUSS; MATSUE; FERRAZ, 2019). E o outro artigo que busca identificar as percepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a perda gestacional e as práticas assistenciais desenvolvidas nessas situações (AMTHAUER et al., 2012).

Tabela 2 - Síntese dos artigos revisados nas referências primárias, 2021.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autor (es)** | **Título do artigo** | **Objetivo** | **Método de Estudo** | **Conclusão** |
| CARMEIRO, S.V. | Lágrimas no berço: luto familiar por natimorto | Reconhecer a existência de um processo de luto subsequente à ocorrência de natimorto e seu impacto sobre o sistema familiar como um todo, identificar padrões de reação e adaptação ante a ocorrência de natimorto por parte da família e maneiras de auxiliar a família em seu processo de luto. | Pesquisa qualitativa, transversal e baseada em estudo de casos. A fase da coleta de dados foi realizada no município de Boa Viagem, participaram da pesquisa cinco famílias que vivenciaram a experiência de um natimorto no ano de 2005. | Uma maneira possível de enxergar o complexo  fenômeno do luto familiar. |
| SCHMALFUSS, J.M.; MATSUE, R.Y.; FERRAZ, L. | Mulheres em situação de perda fetal:  limitações assistenciais de enfermeiros. | Apresentar as limitações da assistência de enfermagem à mulher com óbito fetal, refletindo sobre esse desafio para as práticas de cuidado. | Estudo reflexivo com enfoque teórico pautado em publicações nacionais e internacionais, aliado à experiência das pesquisadoras na área da saúde da mulher e obstetrícia. | Este estudo aponta que há desafios para qualificar a assistência de enfermagem à mulher com óbito fetal, o que incluiu estudos acadêmicos e educação permanente em serviços de saúde. Os aspectos relacionais devem ser valorizados e demandar maior sensibilidade do enfermeiro, com relações mais empáticas no cuidado à mulher com óbito fetal. |

# Discussão

O presente trabalho se propôs a refletir sobre as limitações da assistência de enfermagem às famílias que vivenciam a perda gestacional. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática de literatura consultando a base de dados, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e referências primárias, tencionando selecionar artigos científicos que discorressem sobre o tema e apresentassem práticas terapêuticas para conduzir o cuidado.

Analisando os artigos científicos constatamos a relevância social em abordar o tema, posto que, os profissionais de enfermagem relatam se sentirem inseguros e incapacitados em desempenhar uma assistência eficiente e qualificada as famílias em situações de perda gestacional.

“A insegurança e o sentimento de impotência do enfermeiro frente ao cuidado prestado, somados à falta de estratégias, de destrezas e de recursos desse profissional, poderão resultar em dificuldades para lidar com situações de perda fetal. Além disso, relaciona-se que uma atitude profissional imprópria pode influenciar negativamente a evolução dos pais no processo de enlutamento, não atendendo suas demandas” (SCHMALFUSS et al., 2018).

Ademais, problemas relacionados à estrutura dos serviços de saúde também colabora para que a assistência da equipe de enfermagem reproduza com deficiências (SCHMALFUSS et al., 2018).

“Exemplos decorrentes desses problemas podem ser visualizados quando uma mulher em processo de parturição de um feto morto é internada no leito ao lado de outra que se encontra em trabalho de parto de um bebê vivo que nasce vigoroso e chorando; ou quando uma mulher que vivenciou a perda fetal é alocada em um mesmo quarto/enfermaria que uma mulher internada na modalidade de alojamento conjunto com o seu recém-nascido” (SCHMALFUSS et al., 2018).

Estudos revelam que os profissionais de enfermagem também necessitam de cuidados (SCHMALFUSS et al., 2018). Segundo SCHMALFUSS et al. (2018) “o cuidado está intimamente relacionado à díade profissional-paciente, ao passo que cuidar de si é premissa básica para que seja possível a compreensão da singularidade da outra pessoa”.

Ou seja, conforme SCHMALFUSS et al. (2018) “esses profissionais precisam de educação interpessoal, bem como de treinamento adicional ou orientações sobre como cuidar de famílias em processo de luto”.

Vale reforçar, que a perda fetal é uma temática, comumente, velada no meio acadêmico (SCHMALFUSS et al., 2018). E por mais que as universidades insiram tal conteúdo nas grades curriculares, o tema necessita ser melhor retratado ao longo da formação (SCHMALFUSS et al., 2018). Visto que, acadêmicos se graduam sem vivência na prática do atendimento a mulheres em situação de perda gestacional (SCHMALFUSS et al., 2018).

Com a finalidade de resolucionar as limitações descritas, preparando os enfermeiros para prestar uma assistência qualificada, SCHMALFUSS et al. (2018) destaca as seguintes ações:

* Adequação dos currículos de Enfermagem;
* Integração do ensino do luto perinatal nas escolas e universidades;
* Formação baseada em evidências;
* Articulação da academia com a formação prática profissional;
* Criação de protocolos de Enfermagem;
* Formação constante e específica sobre o pesar;
* Aprimoramento de técnicas relacionais e de comunicação;
* Cuidado que articule aspectos técnicos e emocionais;
* Assistência individualizada a cada mulher/família;
* Humanização na assistência ao trabalho de parto e parto;
* Condições de trabalho adequadas; Estruturação dos serviços de saúde;
* Favorecimento de redes de apoio; e
* Mudança de paradigma assistencial.

Nesse sentido, é válido pensar em estratégias, como a simulação clínica, de forma a permitir que acadêmicos intensifiquem a construção de conhecimentos e aperfeiçoem suas competências na prática (SCHMALFUSS et al., 2018). Como também, uma capacitação para os profissionais de enfermagem, de forma a reconhecerem e compreenderem os aspectos emocionais envolvidos na situação de perda gestacional e promoverem uma assistência humanizada, atendendo a particularidade de cada família com olhar individualizado, cooperando com a elaboração do luto (LEMOS; CUNHA, 2015).

# Considerações finais

Tendo em vista o que foi mencionado, ressaltamos a necessidade da realização de um treinamento ou capacitação para a equipe de enfermagem; elaboração de um procedimento operacional padrão (POP) destinado à assistência multiprofissional em casos de óbito fetal; ou até mesmo, realização de um protocolo com enfoque na assistência qualificada, trazendo assuntos como, a importância da escuta, da relação empática e do comportamento sensível visando o conforto da família enlutada; para assim, conduzir o cuidado com práticas terapêuticas.

Desejamos também, que esse trabalho suscite a reflexão sobre o tema, incentivando tanto os enfermeiros quanto a equipe médica, a repensarem sobre sua conduta profissional para melhor atender as necessidades de cada família que vivencia a perda gestacional. E claro, implementando práticas assistenciais terapêuticas, para contribuir na elaboração do luto do filho idealizado.

# Referências bibliográficas

AGUIAR, Helena Carneiro; ZORNIG, Sílvia. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. Estilos clin. São Paulo, 2016. p. 18.

ALVES, Daniela Santos. Humanização do parto de natimorto: relato de experiência. Curso Técnico em Enfermagem. Porto Alegre: IFRS, 2012. p. 16.

AMTHAUER, Camila; VAN DER SAND Isabel Cristina Pacheco; HILDEBRANDT, Leila Mariza; LINCK, Carolina De Leon; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. Graduação em Enfermagem. Rio Grande do Sul: UFSM, 2012. p.8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. 1. ed. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.** 2. ed. Brasília, 2011.

CARMEIRO, Sarah Vieira. Lágrimas no berço: luto familiar por natimorto. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Núcleo de Família e Comunidade. São Paulo: PUC, 2006.

CARVALHO, G. M.; Enfermagem em obstetrícia, 3. Ed.; Rev. e ampl.; p. 94 – 95, São Paulo, 2007.

FERREIRA, G.; MONTIGNY, P.F; PELLOSO, S.M. Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. Rev. Esc. Enferm. USP. Paraná, 2016.

FREIRE, Teresa Cristina Guedes de Paula. Transparência psíquica em nova gestação após natimorto. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

GOULART, Lúcia Maria Horta de Figueiredo; SOMARRIBA, Mercês Gomes; XAVIER, César Coelho. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. Cad. Saúde Pública. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

HOLANDA, Aline de Andrade Santos. Caracterização da mortalidade fetal em Pernambuco, de 2000 a 2011: causas e fatores associados. Recife, 2013.

LEMOS, Luana Freitas Simões; CUNHA, Ana Cristina Barros. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. Rio de Janeiro: UFRJ, 2015.

LIMA, Sabrina; FORTIM, Ivelise. A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimortos. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo: FSP-USP, 2015. p. 18.

OLIVEIRA, Dora Lúcia; Enfermagem na Gravidez Parto e Puerpério: Notas de Aula. In: RIFFEL, Mariene Jaeger (org.). A perda do filho idealizado.1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2005. p.79-100.

PICCININI, Cesar Augusto; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; GOMES, Aline Grill; LINDENMEYER, Daniela; LOPES, Rita Sobreira. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

RODRIGUES, Márcia Maria Coelho. A experiência da mãe por ter um filho natimorto. Dissertação de Mestrado. São Paulo: EEUSP, 2009. p.78.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREUCCI, Carla Betina; GOMES; Ana Clara Rezende; SOUZA, João Paulo. 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. Ribeirão Preto: São Paulo, 2021. p. 17.

SCHMALFUSS, Joice Moreira; MATSUE, Regina Yoshie; FERRAZ, Lucimare. Mulheres em situação de perda fetal: limitações assistenciais de enfermeiros. Rev. Bras. Enferm. 2019. p.4.