

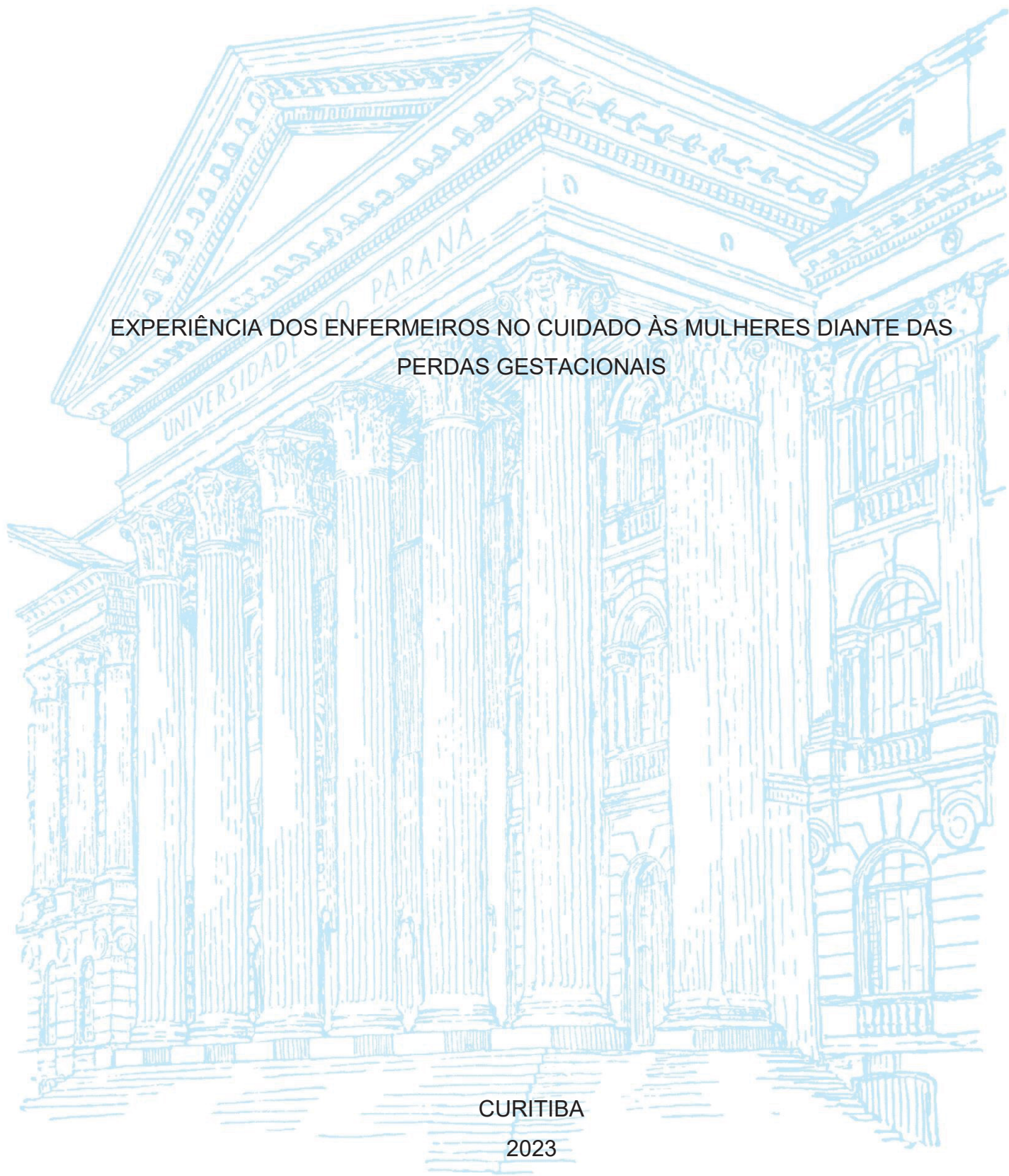
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA DA ROSA

EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO ÀS MULHERES DIANTE DAS
PERDAS GESTACIONAIS

CURITIBA

2023



ANA PAULA DA ROSA

EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO ÀS MULHERES DIANTE DAS
PERDAS GESTACIONAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro Stella

CURITIBA

2023

Rosa, Ana Paula da
Experiência dos enfermeiros no cuidado às mulheres diante das perdas gestacionais [recurso eletrônico] / Ana Paula da Rosa – Curitiba, 2023.
1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro Stella

1. Enfermagem obstétrica. 2. Gravidez. 3. Aborto. 4. Luto. I. Stella, Tatiane Herreira Trigueiro. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.20231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ANA PAULA DA ROSA** intitulada: **EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO ÀS MULHERES DIANTE DAS PERDAS GESTACIONAIS**, sob orientação da Profa. Dra. **TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO**, que após lerem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 06 de Fevereiro de 2023.

Assinatura Eletrônica

17/02/2023 11:14:30.0

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

22/02/2023 14:08:03.0

DEISI CRISTINE FORLIN BENEDET

Avaliador Externo (CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL UNINTER)

Assinatura Eletrônica

17/02/2023 11:56:31.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 256345

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.pppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 256345

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer a Deus por toda a força e coragem que colocou no meu coração, as quais me ajudaram a lutar e finalizar esta pesquisa, me permitindo, assim, construção e amadurecimento. Agradeço ao meu amado esposo Willian por ser meu suporte, me mostrando como ser resiliente diante das provações que a vida nos reserva e me inspirando a continuar lutando. Eu o amo por tudo que realizamos até aqui. Ele foi peça fundamental para o meu crescimento. Desejo igualmente agradecer aos meus pais e irmãos, Eliberto, Juraci, Fernanda e Elivelton, por tornarem seus o meu sonho e, desta forma, estarem ao meu lado para que pudesse realizá-lo. Nós conseguimos. Agradeço ainda ao meu grande exemplo, a professora Dra Tatiane Herreira Trigueiro Stella, pois foi para mim uma imensa honra tê-la como minha orientadora. Jamais esquecerei seus ensinamentos. Muito obrigada pela confiança em mim e em nossa pesquisa. Minha gratidão a todos os professores e colegas do mestrado UFPR. Agradeço à banca de qualificação pelas contribuições e pela participação na banca examinadora de defesa.

Minha sincera gratidão a todos vocês.

“É meio chocante quando o mundo parte em pedaços e tudo e todos ao seu redor continuam com a vida. Como os pássaros podem continuar cantando? Como as pessoas podem continuar amando a vida? É como se você tivesse ficado congelado no tempo e agora esta assistindo a vida passar, como um filme. A medida que as semanas e meses passam, a vida se torna mais “normal”, mas você nunca esquecerá aquele ponto no tempo em que a vida parou.”

Autor desconhecido

APRESENTAÇÃO

Filha de Eliberto e Juraci, nasci em Chapecó/SC, no antigo hospital Santo Antônio, no início da manhã do dia 28 de agosto de 1989, de parto vaginal. Minha mãe sempre relata as dificuldades do parto, a dor da manobra de Kristeller, a episiotomia e o uso do fórceps, seguidos de um choro demorado e fraco.

Cresci em uma cidadezinha com cerca de 20 mil habitantes chamada Seara, também no oeste de Santa Catarina, e ali aprendi com o povo do interior a ter humildade, a ser solidária e empática e, principalmente, a ser respeitosa em qualquer situação imposta pela vida. Lembro-me de passar pela dor da perda gestacional de uma amiga e o quanto aquela primeira vivência com o assunto me tocou.

Em 2014, entrei na graduação de enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó. Lá, meus olhos brilharam para a saúde da mulher, e meu coração bateu mais forte, sabendo que aquele era o caminho que desejava seguir, pois no decorrer da vida, foram vários os passos que me direcionaram para a obstetrícia: o encantamento com a perfeição de um corpo humano gerando uma outra vida; o nascimento; a potência das mulheres que passam pelo parto e renascem dele, independente de qual seja a via escolhida. A força da mulher é indescritível.

Porém, durante minha formação como enfermeira, não lembro de ter tido a oportunidade de estudar ou falar sobre as perdas gestacionais. Em 2019, após formada enfermeira, entrei na Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil pela Maternidade Darcy Vargas -MDV, Joinville/SC, serviço este que é referência em gestações de alto risco para todo o norte catarinense. Foi ali que me deparei, pela primeira vez enquanto profissional, com uma família que passaria por esse momento da perda. Pensei: e agora? O que faço? O que eu falo? Digo que são jovens e poderão tentar novamente em breve?

Depois do parto vaginal induzido, nas 36 semanas de gestação, tive que preparar o corpinho sem vida de uma menininha linda, para que fosse para o serviço de verificação de óbito. E a partir daí, a perda gestacional foi uma inquietação crescente, pois sempre me questionava se as minhas condutas e as de meus colegas de equipe eram realmente adequadas para a situação.

Essa inquietação me levou à busca pelo mestrado. Eu me inscrevi na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, na qual fui aprovada. Assim,

desde o início, essa era a minha proposta de trabalho, a qual foi prontamente recebida e acolhida pela minha orientadora Prof^a Dr^a Tatiane Herreira Trigueiro Stella, a quem serei eternamente grata pela oportunidade de crescimento e aprendizado, tanto profissional quanto humano.

No início de 2022, por surpresa da vida, acabei vivenciando, na própria pele, a perda gestacional. Vivência esta que me gerou reflexões profundas, pois no mesmo momento em que estava imersa em minha dor e luto, pude observar que alguns de meus colegas de enfermagem, extravasavam do mesmo sentimento que eu enquanto profissional, e o quanto era dificultoso prestar assistência para mim naquele momento. Isso tudo me fez ter ainda mais certeza de que seguiria com a temática, pois não queria que outras mulheres passassem por situações assistenciais que eu passei, e que pudessem assim, de alguma forma, ressignificar um momento de dor.

Atualmente, estou inserida no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem- NEPECHE, que me possibilita estudar o cuidado de ser humano para ser humano, com sensibilidade e cientificidade. Conhecer como se dá esse cuidado do ser humano enfermeiro para o ser humano mãe e para a família que passa pelo momento de uma perda gestacional, é a oportunidade de olhar para a minha inquietação e de crescer junto com aqueles que possibilitaram este estudo, visando à humanização e ao cuidado respeitoso a todas as mulheres, sobretudo para aquelas em que o momento da chegada também é o momento da despedida de seus filhos.

RESUMO

A gestação é um fenômeno fisiológico e mesmo com o manejo de pré-natal adequado, as perdas gestacionais podem ocorrer. A Organização Mundial da Saúde estima uma ocorrência de 4,9 milhões de mortes perinatais no mundo todos os anos. No Brasil, a incidência em 2020, mostrou um total de 28.993 casos, sendo 1.062 no estado do Paraná e, destes, 117 na cidade de Curitiba. Não obstante, para além dos dados, tem-se o impacto emocional para todos os envolvidos, inquestionáveis para a mulher e família que sofre com a perda gestacional, mas também para os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que se deparam com estas situações ao longo da vida profissional. Desta forma, este estudo teve como questão de pesquisa: qual a percepção do enfermeiro sobre o cuidado oferecido à mulher que sofreu perda gestacional? Ainda, como objetivo geral, compreender a percepção do enfermeiro que presta cuidados às mulheres diante das perdas gestacionais; e objetivos específicos: identificar elementos do cuidado do enfermeiro frente à mulher que sofreu perda gestacional e descrever a experiência dos enfermeiros sobre seu cuidado diante da mulher que diante perda gestacional. Trata-se de estudo qualitativo exploratório, realizado em um hospital universitário da Região Sul do país. A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas, as quais foram audiogravadas e transcritas na íntegra, durante os meses de abril a junho de 2022. Contou com a participação de 11 enfermeiros que atuam diretamente com mulheres em situação de perda gestacional. Para análise dos dados, foram seguidos os passos da Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin e apoiada pelo uso do software de análise qualitativa o webQDA. Resultados: foram levantados 13 temas, os quais, por afinidade e exclusão, resultaram na elaboração de 3 categorias: Fragilidades do processo de cuidar frente às perdas gestacionais; Potencialidades do processo de cuidar frente às perdas gestacionais; e Cuidados de enfermagem frente às perdas gestacionais. Foi possível evidenciar que os enfermeiros conseguiam reconhecer as lacunas assistenciais e, mesmo com suas dificuldades, prestavam um cuidado respeitoso e empático, além de proporcionar momento de criação de memórias para as famílias enlutadas, através de fotos ou guarda de pertences que foram do bebê, que passou tão brevemente pela vida. O estudo permitiu compreender que os enfermeiros entrevistados reconheciam a importância da sua presença como um profissional que oferece um cuidado direcionado a cada mulher/família em situação

de perda gestacional nas suas necessidades, enfatizaram a comunicação verbal e não verbal, sendo uma de suas preocupações que esta compreendesse, para além da assistência oferecida, este olhar singular do profissional. Os impactos do desenvolvimento deste trabalho podem resultar na elaboração de documentos, materiais educativos e protocolos assistenciais voltados aos profissionais de saúde que prestam cuidados diante das perdas gestacionais dentro das instituições hospitalares.

Palavras-chave: Perda gestacional. Morte fetal. Óbito Intrauterino. Abortamento. Luto Neonatal.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological phenomenon. However, even with proper prenatal care management, pregnancy losses may occur. The World Health Organization estimates 4.9 million perinatal deaths worldwide every year. In Brazil, showed an incidence of 28,993 cases in 2020, with 1,062 cases in Parana State and, among these, 117 in its capital city, Curitiba. Therefore, that is a global health problem, but there still have been scarce public policies addressing this theme. Apart from the data, there is also the emotional impact on all the involved individuals, unquestionably to the woman and family who suffer the pregnancy loss, but also to the healthcare professionals, ultimately nurses, who are confronted with those situations along their professional lives. Thus, the research question in this study was: what is the nurses' perception on the health care delivered to the woman facing a pregnancy loss? In addition, the general objective was to understand the nurse's perception who renders health care to the woman who suffered a pregnancy loss. It is an exploratory qualitative study held at a university hospital in Southern Brazil. Data collection was conducted by means of semi-structured interviews, which were audio recorded and fully transcribed between April and June 2022. The participants were 11 nurses who care for women in a situation of pregnancy loss. For the data analysis, Thematic Content Analysis proposed by Bardin was applied, supported by the use of the webQDAE software for qualitative analysis. Results: 13 themes by affinity and exclusion stood out by means of the analysis, which resulted in the elaboration of 3 categories: Fragilities in the caring process in the face of pregnancy losses; Potentialities of the caring process in the face of pregnancy losses; and Nursing Care in the face of pregnancy losses. It was possible to evidence that nurses could recognize caring gaps, and even facing difficulties, they could deliver respectful and empathetic care, in addition to providing a moment of creating memories to bereaved families through photos or belongings of the baby who briefly got through their lives. The study enabled to understand that the interviewed nurses acknowledged the importance of their presence as professionals who delivered care to meet the needs of each woman/family going through a pregnancy loss. They also pointed out verbal and non-verbal communication as one of their concerns so that the women could understand their unique professional look, beyond care delivery. The study outcomes may result in the elaboration of documents, educational materials and care protocols to those health

professionals who are confronted with pregnancy losses while rendering care within hospital institutions.

Keywords: Pregnancy loss. Fetal death. Intrauterine death. Abortion. Neonatal death bereavement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - CÓDIGOS LIVRES FORMADOS A PARTIR DAS ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS, PARANÁ, BRASIL 2022.....	34
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

CHC – Complexo Hospital de Clínicas
CCOG – Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico
CO – Centro Obstétrico
EO – Enfermeiro Obstétrico
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU – Hospital Universitário
HC – Hospital de Clínicas
MS – Ministério da Saúde
MISO - Misoprostol
OF – Óbito Fetal
ODM – Objetivos do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAGO – Pronto Atendimento Ginecológico Obstétrico
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH – Política Nacional de Humanização
PHPN – Política Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento
PPP – Pré-parto, Parto e Pós-parto
RMC – Região Metropolitana de Curitiba
RN – Recém- Nascido
REPAI – Recuperação pós-anestésica
SANDS – *Saving Babies' lives. Supporting bereaved families.*
SUS – Sistema Único de Saúde
TMF – Taxa de Mortalidade Fetal
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UTI NEO – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WEBQDA – Software Web Qualitative Data Analysis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Objetivo geral	19
1.1.2 Objetivos Específicos	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM QUANDO O PARTO SE TORNA PARTIDA E A CHEGADA, DESPEDIDA	21
2.2 MORTALIDADE EM RELAÇÃO À PERDA GESTACIONAL	25
2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER COM FOCO NA PERDA GESTACIONAL	28
3. MATERIAL E MÉTODO	30
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO	30
3.3 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	31
3.4. COLETA DOS DADOS	31
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	32
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	34
4. RESULTADOS	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	35
4.2 FRAGILIDADES DO CUIDADO DE ENFERMEIROS DIANTE DAS PERDAS GESTACIONAIS	35
4.3 POTENCIALIDADES DO CUIDADO DE ENFERMEIROS DIANTE DAS PERDAS GESTACIONAIS	42
4.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PERDAS GESTACIONAIS	50
5. DISCUSSÃO	59
5.1 DISCUSSÃO DAS FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE CUIDAR FRENTE ÀS PERDAS GESTACIONAIS	59
5.2 DISCUSSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PERDAS GESTACIONAIS	65

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
6.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	70
7. REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE 1	78
APÊNDICE 2.....	81
ANEXO I.....	82

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, quando se desenvolve sem intercorrências, deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional (BRASIL, 2010). Assim, o cuidado no pré-natal com qualidade é fundamental, pois tem como objetivo acolher a gestante desde o início da gravidez, realizar o rastreamento de indicadores de risco gestacional, intervenções terapêuticas obstétricas, imunizações, profilaxias, aconselhamento e educação em saúde (GUERRA; VALETE; ALVES, 2019).

O acompanhamento pré-natal, por meio de ações preventivas, busca assegurar o saudável desenvolvimento da gestação e possibilitar o nascimento de um bebê com preservação de sua saúde e de sua mãe (MARQUES et al, 2021). Entretanto, por vezes, mesmo com o manejo adequado, as perdas gestacionais podem ocorrer. Contudo, os termos que envolvem a perda gestacional apresentam-se de diversas maneiras, que necessitam de clareza conceitual e utilização no momento mais apropriado conforme determinados critérios.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o óbito fetal é definido como a morte de um produto da concepção, expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração gestacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), evidenciada pela ausência de respiração, de batimentos cardíacos, de pulsações do cordão umbilical ou de movimentos voluntários de contração muscular (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Ainda, a OMS (2016) conceitua e diferencia a morte fetal precoce - aquela acontecida entre 22 e 28 semanas gestacionais - da morte fetal tardia, natimortalidade ou natimorto, ou seja, peso ao nascer igual ou maior que 1.000 gramas (g) ou com o equivalente presumido de 28 semanas de gestação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2009), óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da sua expulsão ou da sua extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 g. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, serão considerados aqueles com idade gestacional de 22 semanas de gestação ou mais, ou ainda, quando nem o peso ao nascer nem a idade gestacional forem conhecidos, considerar-se-á aqueles com

comprimento corpóreo de pelo menos 25 centímetros (cm) cabeça-calcanhar (BRASIL, 2009).

Em contrapartida, situações nas quais a extração ou expulsão do feto ocorre com idade gestacional menor que 22 semanas gestacionais, com estatura inferior a 25 cm e peso abaixo de 500 g, são definidas como aborto para o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2009). Já a OMS define aborto apenas como as perdas ocorridas antes das 22 semanas de gestação, sem levar em consideração estatura ou peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Portanto, a partir das definições apresentadas, neste trabalho, utilizar-se-á a denominação perda gestacional, pois envolve situações tanto de abortamento, óbito fetal e natimortalidade.

A mortalidade fetal apresenta um impacto importante por ser considerada um indicador capaz de medir o nível de desenvolvimento de saúde em determinadas regiões do país e por medir a qualidade da assistência prestada à gestante e ao parto (BARROS et.al, 2019).

Estima-se que no mundo, por ano, ocorram cerca de 4,9 milhões de mortes perinatais, ou seja, mortes ocorridas intraparto ou até 28 dias após o nascimento, incluindo 2,5 milhões de mortes fetais apenas no ano de 2019 e 2,9 milhões de mortes neonatais prematuras, onde 1 milhão de recém-nascidos morrem no dia que nascem (MASSON et.al 2016; e WORL HEALTH ORGANIZATION, 2021). No Brasil, dados apresentados pelo DATASUS em 2020 apontam 28.993 casos de óbitos fetais, destes, 2.881 casos foram no Sul do Brasil, sendo 1.062 no estado do Paraná e 117 na cidade de Curitiba (TABNET, 2020).

A etiologia do óbito fetal revela-se um problema multifatorial e inúmeros fatores têm sido associados a esse desfecho, embora 40% a 50% dos casos sejam idiopáticos. Assim, 25% a 62% dessas mortes são consideradas preveníveis, e sabe-se que poderiam ser reduzidas com a melhoria dos cuidados durante o pré-natal, o pronto reconhecimento das complicações intraparto e o rápido encaminhamento da mulher ao hospital (SILVA et,al, 2019).

Os dados trazidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2020, demonstram que as perdas intraútero são um problema de saúde global cada vez mais crítico. Em 2000, a proporção entre o número de perdas gestacionais e o número de mortes de crianças menores de cinco anos foi de 0,30 em 100.000. Já em 2019, haviam aumentado para 0,38 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇOES UNIDAS, 2020).

A mortalidade fetal é um sério problema da saúde pública, porém tem sido dada pouca importância às causas desses óbitos (COSTA et.al., 2020), e se as tendências atuais continuarem, mais 20 milhões de perdas gestacionais ocorrerão antes de 2030, colocando tensão imensa e injusta sobre as mulheres, famílias e sociedade (THE LANCET, 2011; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020).

Assim, por mais que existam publicações sobre saúde da mulher e obstetrícia divulgadas em materiais do MS e da OMS, a atenção voltada especificamente para mulheres em situação de perda fetal ainda não tem sido uma prioridade em programas e políticas públicas de saúde (SCHMALFUSS et.al, 2019). No Brasil, a expansão da Estratégia da Saúde da Família e a implementação da Rede Cegonha contribuíram para a redução da mortalidade infantil e do número de natimortos. Todavia, a universalidade, a integralidade e a equidade no cuidado precisam avançar, pois a ausência de intervenção precoce nas complicações obstétricas é uma das principais causas de morte fetal (CRIZÓSTOMO et.al, 2018).

Ainda são notáveis os desafios em relação à assistência prestada às mulheres e famílias que vivenciaram perdas gestacionais. Ressalte-se que tratar da perda perinatal é tarefa delicada, o acompanhamento e atenção àqueles que sofreram perda perinatal não é algo que permite improvisos. Assim, é preciso preparo específico acerca do luto perinatal, desenvolvimento de comunicação e do processo de cuidar do outro (SILVA, et.al., 2019).

Parte-se do pressuposto de que, se as famílias que vivenciaram a perda fetal receberem assistência adequada nesse momento de inversão da existência humana, o processo de elaboração do luto, bem como do enfrentamento dessa situação, poderá ser facilitado se a equipe de saúde que os assiste nesse momento prestar um cuidado qualificado no âmbito físico, emocional e social (SCHAMLFUSS et.al., 2019).

O momento de perda perinatal exige delicadeza, empatia e humanidade dos profissionais de saúde com a mulher e família que, por vezes, não sabem como devem se comportar, nem como acompanhar e cuidar da mulher e familiares que se encontram nesse momento (PASTOR et.al, 2009). Casos de perda fetal, na maioria das vezes, podem gerar grande impacto emocional a todos os envolvidos no processo. Reflita-se que cada pessoa adotará uma postura equivalente ao seu modo de vida e vivências pessoais, à sua cultura, ao seu contexto social, aliados à sua inserção no serviço de saúde e, conseqüentemente, na experiência profissional (SCHAMLFUSS et.al., 2019).

Estudos revelam que os profissionais de saúde encontram dificuldades para abordar e até para empreender os cuidados necessários à paciente com perda gestacional (MONTERO et. al., 2011; SANTOS et. al., 2012). Comumente, tais atitudes são confundidas, por algumas pessoas, com indiferença e frieza; contudo, podem refletir a sensação de despreparo do profissional para lidar com a perda e com o outro que está sofrendo por causa dela.

A assistência ao parto de um bebê que já se encontra sem vida também pode se constituir em uma situação delicada e incômoda para muitos profissionais da saúde. No momento do parto, cabe ao profissional amparar esse bebê envolto no silêncio que seu primeiro choro não preencheu. Nestes casos, a agitação própria após o nascimento de um bebê visa não à realização dos primeiros cuidados a um recém-nascido, mas à retirada desse bebê sem vida diante da mãe e o exame rápido das condições de nascimento e, conseqüentemente, de óbito do mesmo (LEMOS; CUNHA, 2015).

Assim, cabe aos profissionais de saúde, inseridos nesse contexto, a oferta de uma assistência adequada, humanizada e holística a essas mulheres com diagnóstico de óbito fetal, além de assistência médica, suporte emocional para enfrentar esse momento da vida tão difícil (SANTOS et,al., 2012). 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 (SCHMALFUSS et,al.,2019). Nem sempre a equipe que lida com essas situações encontra-se preparada para tal, tendo pouca habilidade para lidar com o sofrimento e o enlutamento.

É imprescindível o preparo da enfermagem para conduzir adequadamente o momento do nascimento do feto morto (SANTOS et,al., 2012). O óbito fetal representa um episódio dos mais frustrantes e de difícil elaboração na vida de uma mulher, e o enfermeiro, ao se deparar com esse acontecimento, deve estar preparado para assistência de vida (SANTOS et,al.,2012).

Revisão sistemática revelou que os familiares em situação de perda gestacional descreveram a comunicação com profissionais de saúde como doloroso, desconectado e desconfortável. As mães e familiares sentiram o desconforto do atendimento de saúde profissional, especialmente quando discutiram o prognóstico, além de classificarem a comunicação dos profissionais de saúde como muitas vezes ambígua e pouco clara (BERRY; MARKO; ONEAL, 2020).

Evitar falar do assunto, passar a responsabilidade de informar o óbito fetal às outras categorias profissionais como psicólogo e assistente social, focar apenas o aspecto biológico e acobertar o psicológico, demonstram o despreparo dos profissionais de saúde para uma adequada assistência à paciente em face do óbito fetal (LEMOS; CUNHA, 2015).

A perda gestacional transforma a experiência da gravidez, transformando uma transição de vida, geralmente alegre, em dor. Para Shandeigh et al. (2021), em estudo realizado, os efeitos duradouros de interações com profissionais de saúde podem ser positivos ou negativos e as famílias que continuaram recebendo cuidados pré-natais e puerperais, sentiram-se surpresas e magoadas pela insensibilidade de profissionais de saúde.

Não só a nível profissional, a morte é um tabu, geralmente tratado com um certo distanciamento, pois pode provocar sentimentos negativos como frustração, decepção, derrota e tristeza. Assim, as intervenções, a assistência e a formação para a prestação de cuidados nessas situações representam uma questão que merece visibilidade, tendo em vista os dados epidemiológicos com indicadores elevados, associados com o baixo número de produções científicas que explorem a temática. Portanto, faz -se pertinente e necessária a pesquisa acerca da mesma. Desta forma, este estudo teve como questão de pesquisa: Qual a experiência do enfermeiro sobre o cuidado oferecido à mulher diante da perda gestacional?

O presente estudo justifica-se, pois busca suscitar elementos para contribuir na melhoria e qualificação de uma assistência de enfermagem em cenários de perdas gestacionais, assim como ampliar a discussão sobre a temática e a reflexão sobre os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros frente às situações de perda gestacional.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Compreender a percepção do enfermeiro que presta cuidados às mulheres diante das perdas gestacionais.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar elementos do cuidado do enfermeiro frente à mulher diante da perda gestacional;

Descrever a experiência dos enfermeiros sobre seu cuidado diante da mulher diante da perda gestacional;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM QUANDO O PARTO SE TORNA PARTIDA E A CHEGADA, DESPEDIDA

O nascimento de qualquer bebê já configura um momento de crise e traz consigo a necessidade de adaptações. Quando uma mulher se torna mãe, passa por um processo de intensas transformações, físicas e emocionais. Uma nova visão de mundo passa a existir, novas descobertas, novas sensações, prazeres, medos, dificuldades, provocando sentimentos contraditórios (BARBOSA, 2019).

Freud (1926/2014) afirmou que “há bem mais continuidade entre vida intrauterina e primeira infância do que nos faz crer a notável ruptura do ato do nascimento”. Bortoletti (2007) alega que a forma como a grávida percebe e relata os movimentos fetais traduz como é a relação que ela está desenvolvendo com o feto. Maldonado (2017) descreve as especificidades de cada trimestre e o sentimento que a mulher perpassa em cada um deles, demonstrando que o vínculo é construído antes mesmo do nascimento.

Nesse sentido, a perda gestacional, seja ela por óbito fetal ou aborto espontâneo, desencadeará na mulher impactos inimagináveis, uma vez que ela também experienciará essa perda no seu próprio corpo a partir da cessação das características gravídicas e a realização dos procedimentos necessários (LEMOS; CUNHA, 2015). Acredita-se que diante da crise existencial que a gravidez convoca, a perda de um bebê nesse cenário aumentará desmedidamente a intensidade dessa crise e, portanto, exigirá remanejamentos ainda mais complexos (AGUIAR et.al., 2016). Soubieux e Caillaud (2015) indicam que a morte e a passagem por um terrível momento de crise e de perturbação da identidade multiplicam ao infinito os efeitos conhecidos do pós-parto, configurando um verdadeiro traumatismo.

O contexto de perdas fetais poderá desencadear diferentes sentimentos e reações para aqueles que as vivenciam, sendo geralmente marcado pelo intenso sofrimento emocional e físico, exigindo que os profissionais de saúde desempenhem um papel importante no acolhimento e cuidado às mulheres e familiares em situação de perda gestacional (NAZARÉ et al., 2010; CASSIMIRO et al., 2017).

Cuidar, para Collière (1999), é um ato de vida, no sentido de mantê-la e sustentá-la, assim é um ato individual que prestamos a nós próprios, da mesma forma que se

trata de um ato de reciprocidade que se presta a outra pessoa. Para a Enfermagem, enquanto profissão, o processo de cuidado se constrói a partir da constante mobilização de elementos que entram em interação com vista a definir as necessidades vitais de uma pessoa, família e/ou grupo que é preciso suprir. Trata-se de um processo que se encontra em um sistema de trocas, proveniente de diversas fontes que requer conhecimento, tecnologias, crenças e valores em que se baseiam a prestação dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros são incumbidos da responsabilidade de ajudarem os indivíduos a encontrarem suas próprias forças para lidar com os desafios e adversidades do cotidiano, visto que, quando confrontados, os seres humanos respondem como um todo, em todos os aspectos do ser. A maneira de lidar com a complexidade da resposta humana frente às adversidades é reparar e restaurar o todo, no desenvolvimento do cuidado que honre a singularidade de cada pessoa e o desenvolvimento de um ambiente que apoie os mecanismos inatos de cura das pessoas (GOTTLIEB, 2016).

Estudos realizados mostram que enquanto os outros enlutados pranteiam a morte de uma pessoa estimada, aqueles que sofrem perda gestacional ou neonatal não lamentam apenas a morte, mas lastimam também a invisibilidade ou o não reconhecimento dessa perda. Argumentam que, para além da dor insuportável da morte de um filho, há um sofrimento evitável ligado à responsabilidade de diferentes atores. Por exemplo, profissionais da saúde fazem sofrer quando nomeiam o bebê natimorto como um simples embrião, um mero feto. Hospitais e maternidades são denunciados por sua atitude fria e desumana de colocarem as mães que perderam o filho na mesma ala daquelas cujo parto foi bem-sucedido (MELLO; VAZ, 2019).

Revisão sistemática sobre mulheres que engravidaram novamente após uma perda gestacional sugere uma correlação entre o sentimento de inadequação, desamparo e a falta de informações específicas dos profissionais, visto que o foco durante seu processo formativo, foi por muitas vezes exclusivamente focado no conhecimento acadêmico, sendo superficialmente abordada a prática de como lidar com necessidades emocionais dos pacientes, considerada uma habilidade passível de treinamento para o emprego dos cuidados adequados às famílias enlutadas, começando a partir do desenvolvimento de comunicação adequada e habilidade em criar laços (MEREDITH et al, 2017).

O momento de comunicar à paciente o diagnóstico de morte fetal é delicado. Percebe-se que este momento é, muitas vezes, subestimado por alguns profissionais, quando ao contrário, deveria ser atribuída significativa importância (LEMOS, CUNHA; 2015). As situações de perda são vistas de múltiplas formas, levando em conta as subjetividades e os repertórios de vivências durante a trajetória de cada um. Diante dessa situação, os profissionais expressam sensação de impotência, evidenciam sofrimento da equipe de saúde e indicam as convergências entre os aspectos profissional e pessoal (SERAFIM et,al, 2021).

A assistência ao parto de um bebê, que já se encontra sem vida, é uma vivência delicada e incômoda para muitos profissionais da saúde. No momento do parto, cabe ao profissional amparar este bebê envolto no silêncio que seu primeiro choro não preencheu. Para o enfermeiro prestar um cuidado com qualidade, torna-se necessário o adequado conhecimento teórico-prático sobre a situação de perda fetal, bem como sensibilidade para compreender as principais necessidades da cliente e realizar as intervenções conforme o estabelecido por seus anseios (SANTOS et,al., 2012).

A perda fetal é assunto delicado e, na maioria das vezes, velado na sociedade, no meio acadêmico e na prática assistencial, fazendo-se necessário que profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, reconheçam suas limitações e necessidades que, de forma geral, não se relacionam exclusivamente a ações técnicas, mas a questões de ordem relacional e pessoal (SCHAMLFUSS et,al., 2019).

Diretrizes e regulamentação para perda de gravidez, natimorto ou morte de bebês não são um assunto novo em alguns países. No Reino Unido, a instituição *Saving babies' lives. Supporting bereaved families*, conhecida como SANDS, tem como missão “trabalhar para salvar a vida dos bebês, melhorando o cuidado e apoio a qualquer pessoa afetada pela morte de um bebê”, além de trabalhar com famílias enlutadas. Também publicou um guia para profissionais de saúde sobre este assunto, construído através de pesquisas de 2017 a 2019 e com intenção de revisão e atualização em 2020. Entretanto, com o mundo afetado pela pandemia, a instituição decidiu manter o documento, até que seja possível atualizá-lo (SANDS, 2020). Canadá, Austrália e Nova Zelândia têm suas próprias diretrizes específicas, já a França possui leis específicas (ONU, 2020).

Em 2019, foi lançada pela OMS a ação “Por que precisamos falar sobre a perda de um bebê?” (OMS, 2019), com o objetivo de transformar situações de aborto,

natimorto e morte neonatal visíveis em todo o mundo, bem como para descrever a necessidade de melhores práticas e profissionais de saúde qualificados.

A instituição de caridade SANDS aponta como principais requisitos para oferecer um cuidado especializado: boa comunicação, decisão compartilhada e cuidado individual, além de uma infraestrutura que permita a acomodação distante de outras mães com filhos vivos, e permitir ou facilitar recursos de guarda de memórias (STOCK, 2021). Estudo norte-americano acompanhou 40 mulheres que tiveram aborto espontâneo entre 12 e 20 semanas e receberam apoio com base em protocolos de mediação. Após as intervenções, as mulheres sentiram diminuição do desespero e relataram sentir-se cuidadas e assistidas (JOHNSON; LANGFORD, 2015).

Até o momento, não há diretrizes de suporte para natimortos ou morte neonatal no Brasil. Serviços de saúde e os profissionais de saúde lidam com cada situação de acordo com sua própria crença. Por vezes, o profissional oferece atendimento com base no que lhe convém, visto que lidar com pacientes enlutados promove estresse e angústia (SALGADO et al 2020).

Estudos brasileiros que apontaram a insipiência acerca das perdas gestacionais, o que acabou corroborando para a publicação de um guia intitulado “Como lidar: Luto perinatal”, que permite desnudar, aos olhos dos profissionais, as famílias que estão passando pelo processo de perda e luto, trazendo à luz a necessidade de debater a temática bem como a práxis (SALGADO et al 2020).

Em constante crescimento na Europa, os cuidados são direcionados a mulheres e famílias para o acompanhamento considerado essencial para a prestação de cuidados compassivos ao luto. As clínicas do luto possuem sistemas para garantir que as consultas de acompanhamento com médico ou enfermeiro obstetra, pediatra, neonatologista sejam realizadas em um espaço adequado, propício para a discussão e aconselhamento (SANDS, 2020).

Existem, na Irlanda, três clínicas de luto lideradas por consultores especializados que fornecem cuidados de acompanhamento para casais que sofreram perdas gestacionais. Essas clínicas constituem uma oportunidade para os casais serem aconselhados, em tempo hábil, em relação aos resultados das investigações médicas realizadas após a perda gestacional. O fornecimento de atestados médicos em relação a natimortos e morte neonatal são concluídos, quando relevantes, e dados aos pais para que eles possam registrar o óbito do seu bebê (PREGNANCY AFTER LOSS, 2021). Nesses espaços de aconselhamento, reforça-

se a necessidade de discutir com a mulher qual será a via de parto, expondo os riscos e benefícios, permitindo assim que ela tenha um papel ativo na tomada de decisões. Durante a estadia da mulher no serviço, é utilizado um símbolo que indica que naquela enfermaria está acomodada uma família que passa por perda gestacional, de modo a indicar que o cuidado seja mais atencioso e delicado (STILLBIRTH CENTRE OF RESEARCH EXCELLENCE, 2020).

Na Nova Zelândia, existe um centro de excelência em pesquisa de natimortalidade, que desenvolveu um aplicativo chamado “My Baby's Movements”. A interface foi elaborada para ajudar as mulheres a compreender os movimentos de seus bebês e encorajar o contato imediato com os profissionais de saúde em caso de dúvidas à diminuição dos movimentos fetais. O desenho do estudo utilizou um ensaio controlado randomizado com uma amostra de 305.166 mulheres em 16 locais na Austrália e na Nova Zelândia. O resultado do estudo foi uma redução de 30% na natimortalidade após 28 semanas de gestação (FLENADY et al 2019).

Em relação à redução de mortalidade neonatal, França et al. (2017) apontam que é necessária uma capacitação dos profissionais da assistência hospitalar para o monitoramento do cuidado neonatal com atendimentos que consideram o contexto social e emocional para melhores resultados na resolução da gestação.

O movimento realizado no Brasil, na tentativa de inserção do profissional do luto nos serviços de saúde, se dá através da estruturação e implementação de um protocolo específico para lidar com famílias diante das perdas gestacionais. Esse profissional do luto deve ter experiência e habilidades para oferecer suporte emocional e técnico ao pessoal. Ele pode estar disponível para apoiar as famílias também (SALGADO et al 2020).

2.2 MORTALIDADE EM RELAÇÃO À PERDA GESTACIONAL

A mortalidade materna, perinatal e neonatal são indicadores de saúde importantes para a análise da assistência obstétrica e neonatal, e permitem a avaliação da assistência no ciclo gravídico puerperal (SILVA; MONTEIRO, 2014).

O relatório da Organização das Nações Unidas apontou que a cada 16 segundos acontece uma perda intraparto no mundo, quase 4 óbitos por minuto, mais de 200 a cada hora, quase 5.400 a cada dia, 164.000 todos os meses, ou 2 milhões por ano. Entretanto, mesmo com o impacto gerado por esses números, a diminuição destes

índices não parece ser uma preocupação global, pois situações que envolvem as perdas gestacionais não foram inclusas como um dos objetivos do milênio e nem há políticas consolidadas que visem à redução desses indicadores. A ONU aponta ainda que esse número é subnotificado, visto que os dados são apenas de óbitos fetais e não das perdas consideradas como aborto. Caso fossem levadas em conta, a discrepância seria ainda maior (ONU, 2020). Um bebê que morre logo após o nascimento conta no rastreamento dos objetivos do milênio, mas um bebê que morre no terceiro trimestre ou mesmo durante o trabalho de parto, não (RAJARATNAM ET AL, 2010).

O mundo sofreu a perda de 48 milhões de natimortos nas últimas duas décadas. Este fardo resultou em cerca de 2 milhões de perdas gestacionais anualmente, muitas das quais poderiam ter sido evitadas com os cuidados adequados. As perdas fetais não são um número uniforme conforme apontado pela ONU. As taxas nacionais de natimortos em todo o mundo variaram de 1,4 a 32,2 natimortos por 1.000 nascimentos totais em 2019 (ONU, 2020).

Na África Subsaariana, a estimativa de 21,7 natimortos por 1.000 nascimentos totais foi sete vezes maior do que a menor média regional de 3,1 encontrada na Europa, América do Norte, Austrália e região da Nova Zelândia. O sul da Ásia teve a segunda maior taxa com 17,7 natimortos por 1.000 nascimentos no total (ONU, 2020).

Estima-se que 98% das mortes ocorram em países de baixa e média renda. Enquanto na Finlândia ocorrem 2 óbitos por 1.000 nascimentos, em países como a Nigéria e Paquistão a ocorrência de óbitos chega a 40 por 1.000 nascidos, porém, se usada a idade gestacional acima de 20 semanas, essa porcentagem pode ser muito maior (CARTER et al, 2019).

Contrariamente ao que se pensava, as estatísticas mundiais mostram que as perdas gestacionais não são um problema apenas de países de baixa renda. As taxas de perdas fetais intraútero em países como Reino Unido e Estados Unidos diminuíram somente 1% ao ano nos últimos 15 anos, tornando a taxa de natimortos responsável por dois terços das mortes nos primeiros meses de vida no Reino Unido (CARTER et al 2019).

A taxa de mortalidade fetal (TMF) é considerada um dos melhores indicadores de qualidade da assistência prestada à gestante e ao parto. Em 2014, foi mundialmente lançado o plano de ação para recém-nascidos, com o intuito de prevenir a mortalidade fetal e materna, prevendo para 2030 uma TMF de 12 ou menos óbitos

fetais por 1.000 nascimentos. No Brasil, a taxa foi de 5,3 óbitos fetais por 1.000 nascimentos no período de 2000 a 2016 (BRASIL, 2017).

As perdas gestacionais parecem ser invisíveis em muitas sociedades e na agenda política mundial, mas são muito reais para as famílias que vivenciam a morte. Uma coletânea voltada às perdas gestacionais, publicada no *The Lancet* em (2011), aponta que apesar de 30 anos com foco em intervenções de sobrevivência infantil, 20 anos de atenção à maternidade segura e recente aumento da atenção à sobrevivência de bebês recém-nascidos, o foco mundial tem permanecido na sobrevivência após o nascimento de uma criança, fazendo com que as perdas gestacionais permaneçam em sua maioria ignoradas, sem contar com as agendas de políticas, programas e investimentos, tanto internacionalmente quanto, geralmente, também a nível nacional.

Por muito tempo, as mortes fetais intraútero eram combinadas com as que ocorriam nos primeiros meses de vida, reduzindo sua visibilidade e mascarando um problema mundial. Foi então que a OMS lançou mão um plano de ação para acabar com as mortes evitáveis, visando reduzir a taxa para 12 a cada 1000 nascimentos até 2030. Entretanto, a taxa de redução anual entre 2000 e 2015 chegou somente a 2%, mostrando um lento progresso (REINEBRANT et al, 2018).

Com relação às perdas gestacionais, são poucos os estudos e análises disponíveis na literatura e estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível por ações dos serviços de saúde e, ainda, pela baixa qualidade da informação (BRASIL, 2009). Desde os anos 2000, estudos vêm sendo desenvolvidos sobre as causas dos óbitos fetais. Porém, ainda são necessários avanços epidemiológicos que se preocupem em desvendar os determinantes biológicos e socioambientais que contribuem para a interrupção da gestação (SAMPAIO, SOUZA, 2010; SANTOS et al., 2012; LEMOS, CUNHA, 2015).

Existe um paradoxo entre a alta incidência de mortes fetais e a baixa atenção que o tema recebe na política mundial. Suponha-se que isso seja causado pela deficiência de dados, pelas incertezas da causa da morte ou talvez até mesmo pela falta de defensores dos bebês nascidos em silêncio (CARTER et al, 2019).

2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER COM FOCO NA PERDA GESTACIONAL

No Brasil, as primeiras políticas públicas governamentais eram voltadas apenas à atenção materno-infantil, sendo somente em 1983 instituído o programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) pelo MS, que passa a considerar a mulher como sujeito ativo e inserido em um contexto social, englobando a assistência à mulher para além das queixas ginecológicas e obstétricas, voltando-se ao controle do pré-natal, parto e puerpério, às doenças sexualmente transmissíveis, ao câncer de colo-uterino e mamário, ao planejamento familiar e contracepção, desde a adolescência até a terceira idade (BARROS et al, 2019).

A partir de indicadores, o Brasil vem fortalecendo algumas políticas públicas, visando qualificar o sistema de saúde brasileiro. A política nacional de humanização (PNH), a política de humanização do parto e do nascimento (PHPN) e os pactos pela vida e em defesa do sistema único de saúde (SUS), além do pacto nacional pela redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (2004) e política nacional de atenção integral à saúde da mulher foram estabelecidos tendo como prioridade da atenção à saúde a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2013). Apesar de não contemplarem especificamente os cuidados nas perdas gestacionais, apresentam protocolos e fluxos que garantem o acesso integral, bem como o manejo de urgências e emergências.

Embora o cuidado materno-infantil ter adquirido maior relevância nas propostas governamentais, faz-se necessário um olhar cuidadoso em relação a algumas condições específicas, como no caso da mulher que passa pelo óbito fetal, visto que esta temática se encontra ainda à margem das políticas públicas brasileiras (SANTOS et al. 2012; STEEN, 2015).

O Ministério da Saúde Pública publicou duas portarias: a portaria 1.459 em 24 de junho de 2011, e a portaria 2.488 em 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a; 2011b). A primeira instituiu a Rede Cegonha, a qual, dentre suas ações, contempla a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher, com organização da rede e redução da mortalidade infantil e neonatal, desde o pré-natal até o acompanhamento da criança (BRASIL, 2011a). Já a segunda portaria mencionada prevê que sejam asseguradas ações relacionadas ao pré-natal (BRASIL, 2011b), o que acaba por refletir na prevenção de perdas gestacionais.

Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução. A mortalidade perinatal tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução das mortes fetal e neonatal precoce evitáveis. (BRASIL, 2009; p.07).

Mullan e Horton (2011) apontam que, em contraste com o aumento do interesse e investimentos na saúde materna e infantil no mundo e no Brasil, o óbito fetal continua invisível. Apesar da relevância dos óbitos fetais e das contribuições da investigação para o esclarecimento das circunstâncias da sua ocorrência, são raras as pesquisas que se propuseram a avaliar essa estratégia com enfoque na qualificação dos dados no Brasil.

É preciso reconhecer que o processo de elaboração, implantação e implementação de políticas e programas é contínuo e requer análises constantes e avaliações permanentes, pois é com esse processo e tendo o objetivo de aprimorar o que já foi construído que se tem a possibilidade de melhorar os resultados. No caso, em relação às políticas de saúde da mulher e, mais especificamente, com as diretrizes dessas políticas voltadas para as mulheres e familiares que passam pela vivência da perda gestacional (PEREIRA et al, 2021).

É preciso, portanto, consolidar a organização da atenção perinatal no país, compreendida em sua dimensão ampla, desde a saúde integral da mulher, pré-concepção e planejamento familiar, e integração entre a assistência ao pré-natal e ao desfecho do parto, avançando na qualificação do cuidado (BRASIL, 2009). A importância de enfatizar a garantia do acesso aos últimos avanços em termos de promoção da saúde, em particular nos campos da sexualidade responsável e do planejamento familiar, contribui não apenas com gestações e partos sem risco, mas com a maximização da obtenção de crianças saudáveis (BRASIL, 2022).

Sendo assim, destaca-se que ainda se tem muito a investir na ambiência das instituições hospitalares/maternidades, em relação à prática dos profissionais de saúde, assim como em políticas públicas de saúde voltadas a perdas gestacionais.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo qualitativo exploratório. O estudo qualitativo envolve analisar o conteúdo dos dados narrativos, com a intenção de identificar temas proeminentes e padrões entre os temas estudados. A análise de conteúdo qualitativo envolve a quebra de dados em pequenas *unidades*, codificando-as e nomeando-as de acordo com o conteúdo que representam e o material codificado agrupado baseado em conceitos partilhados. A literatura sobre a análise de conteúdo refere-se, com frequência, a *unidades de significado*, as quais são, essencialmente, o menor segmento de um texto que contém uma parte reconhecível de informação (POLIT, 2019).

Estudos exploratórios têm como premissa central a necessidade de exploração detalhada inicial de um conceito. Em geral, a primeira etapa ocorre na exploração de um fenômeno muito mal compreendido, e a segunda etapa é focada em mensurá-lo ou classificá-lo (POLIT, 2019).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, o maior prestador de serviços do SUS do Estado do Paraná, e o terceiro hospital universitário federal do país. Iniciou as atividades assistenciais em junho de 1961, um hospital de ensino e pesquisa com perfil de oferta em serviços hospitalares de média e alta complexidade, e serviços ambulatoriais de atenção básica, média e alta complexidade (EBSERH, 2014).

Anexo ao prédio central, está localizada a maternidade do CHC dividida em cinco andares assistenciais e um gerencial. Na maternidade do CHC, ocorrem os atendimentos no Pronto Atendimento Ginecológico Obstétrico (PAGO), Ambulatórios de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (CCOG), Unidades de Internação Ginecológica e de Alojamento Conjunto (EBSERH, 2014).

O PAGO oferta assistência em urgência e emergência a quadros ginecológicos acompanhados no HC ou referenciados pela Central de Leitos do território adstrito de

Curitiba e RMC, e às gestantes vinculadas ao pré-natal de baixo e alto risco do HC. Os ambulatórios de ginecologia e obstetrícia atendem à comunidade por consultas eletivas referenciadas a partir da UBS. No CCOG são realizadas as cirurgias eletivas de ginecologia e obstetrícia, como o abortamento previsto em lei e a assistência ao parto de baixo e alto risco. Após os procedimentos, as mulheres são encaminhadas às unidades de internação em ginecologia e alojamento conjunto.

3.3 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros que realizam cuidado às mulheres em situação de perda gestacional dos setores de pronto atendimento, centro obstétrico e alojamento conjunto.

Como critérios de inclusão foram convidados aqueles que estiveram na assistência direta às pacientes em perda gestacional, e que atuaram no serviço por pelo menos 3 meses, incluindo os residentes. Foram excluídos os enfermeiros em afastamento no momento de coleta dos dados, e aqueles que afirmaram que nunca prestaram atendimento direto à mulher diante de perda gestacional.

Como recrutamento e seleção, a chefia imediata realizou uma orientação aos enfermeiros sobre o início da pesquisa na instituição e reuniu os números de telefone disponibilizados a partir da autorização prévia dos interessados. A partir da reunião destes números, ocorreu a aproximação das pesquisadoras com os participantes, a qual deu-se mediante convite feito por aplicativo de mensagem instantânea pelo celular, na qual foi enviada breve apresentação e explicação da pesquisa. Todos os enfermeiros dos referidos setores foram convidados, entretanto obtivemos o aceite de 11 enfermeiros. Mediante aceite prévio, as pesquisadoras entregaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) para assinatura em duas vias e efetivação da participação.

3.4. COLETA DOS DADOS

Mediante a assinatura do TCLE, as pesquisadoras ofereceram a possibilidade da realização da coleta de dados de forma presencial ou remota (devido à pandemia

de COVID-19), no horário sugerido pelo enfermeiro participante do estudo, e todos dos participantes optaram pelo meio remoto, pelo aplicativo Microsoft Teams.

A coleta dos dados ocorreu mediante entrevista semiestruturada gravada, entre os meses de abril a junho de 2022, a partir do seguinte roteiro (APÊNDICE 2): Como você realiza o cuidado à paciente e acompanhantes que tiveram perda fetal? Quais as potencialidades e fragilidades do seu cuidado diante destas situações? Como é para você atender pacientes diante de perda gestacional? Foram realizadas duas entrevistas-piloto com enfermeiras obstétricas de outras instituições, apenas para a validação do roteiro, não sendo utilizadas neste estudo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados qualitativos é desafiadora, por várias razões. Um desafio é a enorme quantidade de trabalho exigida. Os analistas qualitativos têm de organizar e dar sentido a centenas e até mesmo milhares de páginas de materiais narrativos. Em geral, os pesquisadores qualitativos examinam seus dados com cuidado e costumam reler esses dados repetidas vezes a fim de compreendê-los. Além disso, fazer uma boa análise qualitativa requer criatividade e habilidades indutivas sólidas, equilibrando a necessidade de concisão com a necessidade de manter a riqueza de seus dados (POLIT, 2019).

As entrevistas foram transcritas e analisadas por Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2016), composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise teve como objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, possuindo três missões: escolha dos documentos; formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2016).

A segunda fase foi a de exploração do material, onde se teve a possibilidade de explorar a riqueza ou não das interpretações e inferências, e a coleta realizada passou por um estudo aprofundado. Consistiu primeiramente na identificação das unidades de contexto (partes das falas que são significativas); posteriormente foram nomeadas, formando as unidades de registro ou temas, as quais, na sequência, foram agrupadas por afinidade ou exclusão, formando categorias (BARDIN, 2016).

As entrevistas realizadas com os 11 enfermeiros participantes totalizaram 235 minutos de áudio, sendo transcritos na íntegra no software Word que resultaram em um documento com 95 páginas.

A terceira fase foi quando ocorreu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

Concomitantemente, foi utilizado o software Webqda® para auxílio na organização dos dados qualitativos para análise, pois possui uma grande capacidade de adequação a várias metodologias de abordagem qualitativa; apresenta-se como recurso tecnológico capaz de integrar arquivos provenientes de bases de dados bibliográficos (Web of Science, Scopus, Scielo, etc.), aspecto essencial para desenvolvimento de revisões sistemáticas de literatura; possibilita a importação de dados existentes em folhas de cálculo, elemento de grande interesse quando se recolhem dados através de questionários on-line; integra recursos que permitem uma colaboração a distância entre vários investigadores em processos como a validação da estrutura de categorias e critérios de codificação (WEBQDA, 2020).

Assim, da análise foram levantados 13 temas, denominados de códigos livres pelo software utilizado (FIGURA 01), os quais, por afinidade e exclusão, resultaram na elaboração de três categorias intituladas como: fragilidades do processo de cuidar frente às perdas gestacionais, potencialidades do processo de cuidar frente às perdas gestacionais e cuidados de enfermagem frente às perdas gestacionais, apresentadas no capítulo seguinte.

Figura 1 - CÓDIGOS LIVRES FORMADOS A PARTIR DAS ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS, PARANÁ, BRASIL 2022



Fonte: A autora (2022).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa está em conformidade com os preceitos éticos da Resolução nº466/2012, que contempla pesquisas em seres humanos, com aprovação pelo comitê de ética do local de realização desta pesquisa em 18 de janeiro de 2022, sob o parecer consubstanciado CAAE: 51476321.2.0000.0096. O material coletado será de uso exclusivo da pesquisadora, e sua única finalidade será fornecer elementos que subsidiem esta pesquisa, e dos artigos e publicações que dela resultem. Serão asseguradas a confidencialidade dos dados e das informações. A pesquisa não ofereceu nenhum dano ou desconforto aos participantes e não teve objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamentos aos mesmos. O material coletado não foi comercializado. Nesse aspecto, os dados coletados serão guardados por 5 anos pela

pesquisadora, e ao expirar esse prazo serão destruídos. Os participantes foram identificados como Enfermeiros Obstetras (EO) e enumerados de forma aleatória.

Cabe ressaltar a construção deste projeto de pesquisa foi desenvolvido mediante critérios estabelecidos pelo consolidated criteria for reporting qualitative research (coreq), trata-se de é um checklist abrangente que cobre todos os componentes necessários do projeto de estudo.

4. RESULTADOS

Este capítulo apresenta a análise realizada a partir das entrevistas coletadas no cenário da pesquisa. Primeiramente, será apresentada uma breve caracterização dos participantes e as categorias que emergiram neste processo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 11 enfermeiros entrevistados, um era do sexo masculino e os demais do sexo feminino, com faixa etária entre 23 e 45 anos; 8 enfermeiros possuíam especialização em enfermagem obstétrica e 3 enfermeiros estavam em formação nessa especialidade. Destes, dois eram enfermeiros residentes em Saúde da Mulher. O tempo de formação dos especialistas era de 5 a 9 anos. Um enfermeiro atuava no setor do alojamento conjunto, um no pronto atendimento ginecológico e obstétrico, sete atuavam no centro obstétrico e os residentes passavam por todos os setores descritos.

4.2 FRAGILIDADES DO CUIDADO DE ENFERMEIROS DIANTE DAS PERDAS GESTACIONAIS

Por meio do software webQDA, esta categoria apresentou 31% de representatividade das entrevistas realizadas, e contou com a participação de 11 enfermeiros participantes da pesquisa. Nesta, os enfermeiros, ao refletirem sobre as fragilidades durante a assistência prestada às mulheres em situações de perda gestacional, dez desses relataram as dificuldades no cotidiano do cuidado, devido à

sobrecarga de atividades e/ou fluxos de atendimento, assim como as fragilidades relacionadas ao trabalho em equipe, além da assistência diferenciada em casos de aborto e óbito fetal:

[...]Eu acho que, como todas as pessoas, a gente acaba fazendo uma divisão na cabeça em relação à idade gestacional em que aconteceu essa perda, né? Então, falando mesmo na formação, assim, eu acho que quando se fala em perda gestacional, muitas vezes, estão direcionando para perdas tardias, né? Então eu acho que pouco se trabalha com as perdas iniciais, né, antes de 20 semanas, e isso é uma fragilidade para o sistema como um todo. [...] (todo esse trecho sugiro incluir como fala no item que aborda da questão formativa do profissional) *É, mas assim, eu trabalho à noite, e à noite, a gente não tem psicólogo [no serviço]. Final de semana nem sempre tem psicólogo, né. Se final de semana durante o dia não tem, à noite, menos ainda. É, então acaba que, muitas vezes, a gente temos que ser meio substituto, assim, desse profissional, assim. (EO1)*

[...] Eu sinto muita necessidade de um atendimento multiprofissional. Eu acho que ainda nós atendemos muito isoladamente, então a enfermagem faz uma classificação de risco. A medicina faz o atendimento e a gente quase não se conversa. Porque talvez cada especialidade, juntando forças para atender ela [a mulher com perda gestacional], a gente teríamos lidado com a situação de um jeito mais leve, sabe. (EO 2)

[...] Então, eu procuro sempre orientar a equipe e procuro deixar essa paciente o mais isolada e com o menor número possível de profissionais, mas dependendo de quem cai ali para cuidar dessa mulher, acaba sendo uma pessoa que, por exemplo, aí eu não concordo em fazer o aborto legal e isso acaba gerando uma certa eu acho que fragilidade, né, mostrando essa fragilidade para essa paciente, que ali ela com certeza não está num momento bom, né? (EO 6)

[...] É, então, não existe uma estrutura para isso, não existe um cuidado para isso e o próprio óbito fetal, que talvez tem uma complexidade maior por conta daquele bebê, né? Com a idade de ter sinal mais avançados, talvez teve uma concretude maior para aquela família. Não tem muito na vida, a gente teve uma perda e basicamente a psicóloga na época encaminhou para unidades de saúde um casal que perdeu o bebê. Durante o trabalho de parto, assim, e é isso. Eu achei muito pouco assim, muito triste, muito, sabe? O serviço, ele não oferece não sei se é um apoio assim, mas tipo, olha, né você estava aqui, a gente estava cuidando de você, e teu bebê morreu, o que a gente pode fazer por você, sabe, não existe isso, entende. [...] *Acho que o serviço tenta mais se proteger do que qualquer outra coisa, entende? Muitas vezes, o casal mais se culpa do que culpa o próprio serviço, entende, e a gente não para pra olhar para isso, pra olhar. [...]* *É, na minha assistência, eu acho que eu faço o melhor que eu posso. assim, eu acho que de um modo geral, o serviço acolhe muito mal essas mulheres, entende, e de modo geral, os serviços, eles não são preparados para isso. (EO 7)*

[...] fragilidade, eu acho que tem muito a ver com a questão do sistema, né, do ambiente de gestão, é não sei, às vezes a gente se pega pensando muito nisso, né, em que eu poderia fazer para melhorar, o que eu poderia fazer a mais e tudo mais, às vezes a gente, não sei, eu não sei explicar direito, mas assim, nesse momento que a gente vivencia ali no [serviço] HC, por conta de repente, de uma superlotação, de vários atendimentos, de várias questões, a gente termina deixando um pouquinho mais de lado aquela mulher [...] *Eu acho que é uma questão da atenção e do cuidado que a gente poderia sim,*

dar um cuidado, um conforto e uma atenção maior pra essa mulher e muitas vezes por conta realmente da nossa rotina, termina ficando a desejar. Eu acho que eu considero isso uma fragilidade, sabe? (EO 8)

[...] a gente vive hoje em uma condição muito crítica de trabalho, onde se misturam muitas [situações de internação?], né? Então a gente tem mulheres na obstetrícia, a gente tem mulheres em abortamento, nós temos vítimas de violência, nós temos, às vezes, os tratamentos clínicos, diabetes, hipertensão, enfim. Então, por muitas vezes, é muito difícil estar presente realmente naquela assistência, né? Eu gostaria de estar mais ali, à disposição da mulher, é, no tempo que ela está com a gente ali no CO, né? Às vezes a gente acaba se apresentando, se colocando à disposição naquele momento, mas não conseguindo efetivamente acompanhá-la naquele contexto. (EO 9)

[...] eu acho que é quando está muito cheio o hospital e eu não tenho tempo de dar tanta atenção para a mulher. (EO11)-

A estrutura física e a falta de um local adequado para acomodar a mulher em situação de perda gestacional também foi abordada como uma fragilidade, conforme a fala de quatro enfermeiros:

[...] Então, no hospital que eu trabalho, apesar de ser um hospital de alto risco, na maternidade de alto risco, reformou o pronto-socorro. Como está reformando, está reformando o centro obstétrico e infelizmente, nessa nova planta, eles não colocaram como se fosse um quarto de isolamento para tanto doenças infectocontagiosas, como nesses casos que poderiam ficar isoladas, né, ou com outros casos, se tiver mais outras perdas, juntas, de forma assim, mais isolada, para que elas não escutassem o choro, batimento do coração de outros bebês [...] quando eu cheguei aqui no HC, imaginei que, por ser capital, por ser um grande hospital público, hospital-escola também, eu acreditei que ia ter algum tipo de humanização em termos de infraestrutura. (EO 4)

[...] eu acho que esse é o principal problema na maternidade agora, assim a gente não tem onde colocar, a gente não tem, sabe? E tem momentos que eu acho que não olham para isso, tem o leito, e vocês precisam receber uma paciente e ponto. E se você não pisar o pé e falar assim, eu não vou receber a paciente, às vezes, por eles tudo bem, a gente só precisa atender a paciente. Eu entendo que tem outra paciente que está precisando realmente ser atendida, que precisa ir para o centro obstétrico, que a gente precisa receber alguém para poder dar esse fluxo. (EO 5)

[...] As fragilidades é muito uma questão do local, né? porque ele não deixa assim tão preservado essa mulher de ouvir um choro de uma criança, de ver uma mãe passando. Não é um superisolamento que a gente coloca ela e a falta de tempo, muitas vezes no serviço, sabe de poder dar o suporte que essa mulher talvez gostaria. Por conta que ela está junto com outras mulheres, entendeu, e infelizmente, essa mulher que já teve uma perda, ela vai ser mais negligenciada. (EO 7)

[...] eu acho que a fragilidade é não ter um local assim, separado mesmo para elas. Por mais que a gente tente deixá-las mais isoladas o possível, mas sempre assim tem uma mãe passando com o bebê, tem o neném nascendo perto, chorando. Porque é no mesmo setor, assim, é tipo um quarto do lado do outro, inclusive lá numa parte que fica o tratamento, que é onde a gente deixa elas, às vezes é bem na frente da sala do RN. Então acho que isso é

uma fragilidade de não ter um lugar assim, não ali, sabe? Não ali para elas ficarem. É, e nisso enquadra todas. É abortamento legal, os abortamentos e as perdas fetais. Assim, eu acho que tinha que separar. (EO 10)

Quanto ao preparo profissional para atender os casos de perdas gestacionais, os enfermeiros percebem-se despreparados em sua maioria, ou sentem a equipe fragilizada para atender situações que envolvem as perdas gestacionais, sendo a comunicação com a paciente, ainda, um elemento frágil do cuidado e que, por vezes, gera distanciamento. Este tema foi identificado em 10 entrevistas:

[...] Então, a fragilidade eu acho que é esse abalo com os casos e que nós não somos preparados para. Então, nosso preparo emocional para atender essas pessoas, eu acredito que seja uma fragilidade, porque nós também temos dificuldades até no nosso preparo psicológico para atendê-las, né? E aí a gente acaba é se abalando mais e absorvendo esses problemas que de fato, não são nossos [...] Então, eu ainda sinto a enfermagem muito distante da paciente nesses casos, porque a gente deixa o nosso pessoal influenciar é negativamente no profissional. (EO 2)

[...] Olha, para mim, é se eu pudesse intervir para isso não acontecer, para a gente não precisar atender, seria o melhor, mas a gente sabe que isso foge da nossa, é do ramo profissional, porque isso, né, são outras condições. Mas atender para mim é ainda até hoje, é bem delicado. (EO 4)

[...] eu sempre já fico um pouco sem saber como abordar, então eu tenho um pouco de dificuldade para saber o que que eu posso, o que que eu não posso falar, sabe? [...] eu acho que é algo muito delicado, assim que eu não sei, eu acho que eu nunca vou me sentir de fato preparada para trabalhar com isso, por mais que, acho que quando eu fui para a maternidade, eu fui pensando, eu falei, nossa, eu vou para a maternidade porque eu vou trabalhar com vida. Quando eu entrei, tudo bem que estava começando. Ainda não conhecia nada, não sabia mesmo. Não tinha vivência profissional, mas depois que eu estava lá, que eu me dei conta, eu falei, nossa, tem muita coisa, tem um, tem umas tristezas aqui no meio também, né? Tem muita perda também [...] Mas acho que o que além de uma fragilidade que eu vejo da equipe como um todo. Não é só a minha, sabe isso de não estar preparada mesmo para atender a paciente. Então eu acho que tem a preocupação isso aí, aí eu atendo a paciente e não me sinto tão preparada para atendê-la, mas eu acredito que eu faço um bom atendimento nesse sentido, de dar esse espaço para ela, de como, como vai abordar no geral, mas eu fico preocupada em relação ao real, como o restante da equipe, como os outros profissionais vão abordar também né? [...] Já presenciei casos para paciente que já é um caso de um óbito e o profissional chegou falando assim, cadê seu bebê? (EO 5)

[...] trabalhar com a perda para a gente é muito difícil, porque acho que por conta da gente não ser preparado em nenhum momento, é porque a gente pensa obstetrícia, obstetrícia é linda, maravilhosa, a gente adora o que faz. A gente só trabalha com vida. A gente não tem doença, é uma área realmente que tem muito disso, né? Se a gente for colocar ali numa balança, talvez 90% seja isso, seja sem doença ou seja tá ali o cuidado no momento feliz da vida das pessoas, mas a gente não pode esquecer que tem aqueles 10% que a gente precisa estar de olho e precisa cuidar e precisa entender o que aconteceu e precisa investir para, é ... muitas vezes dar força para essa mulher. (EO 6)

[...] Até assim, quando a gente estava na residência, que muito dessa questão de elaborar o luto, né? de permitir esse momento que ele simplesmente precisa ser é passado, né? É, eu vejo que tem muita gente que quer passar pano, não está tudo bem, não está tudo ótimo. Não, não tá. Ela tá perdendo uma criança. Isso é horrível, entendeu, né? E a gente tem que respeitar esse momento assim. Então eu não tinha, eu tenho certeza que eu não tenho o conhecimento correto para isso, eu nunca sei o que dizer, assim, porque nada do que eu falava ia servir de alguma coisa, efetivamente, bem. Mas eu tento minimamente é deixar o ambiente mais favorável, para que ela possa viver esse momento que não é o momento, não é um bom momento, né? uma perda gestacional, não é um bom momento, mas pode ser levado da melhor forma possível [...] É, realmente as pessoas não gostam, né, abortamento, perda gestacional, ninguém gosta de estar muito próximo daquela mulher. E aí eu faço questão de estar junto, entendeu? (EO 7)

[...] é um assunto bem delicado, né? Porque, assim, são mulheres que estão passando por situações inesperadas. É a questão do luto, da tristeza, do enfrentamento. Então, assim, é bem difícil, né, a questão do atendimento muitas vezes é, depende até de como você está naquele momento da sua vida, né? Então, às vezes você está passando por alguma coisa que aquilo abala ainda mais você. (EO 8)

[...] eu consigo agir de forma profissional. Assim, não me abala emocionalmente, sabe? É claro que a gente fica muito comovida, né, com a história de cada uma, né? É muito triste, assim, ainda mais quando é uma gestação super desejada, planejada e não é fácil, né? [...] O que eu percebo, muitas vezes, é que os profissionais não sabem o que fazer. Então eles acabam fazendo um monte de coisa que não é legal naquele momento, né? As falas do tipo, é: “Ai, mas Deus vai te mandar outra criança”, é, “Mas foi melhor assim, porque vai saber como esse bebê ia nascer depois”, tipo de fala que, assim, você fala quando você não tem nada para falar, né? (EO 09)

[...] Assim, no começo, foi mais difícil lidar, né? Principalmente quando era já um bebê. Assim com mais semanas. Depois a gente vai aprendendo a lidar até para oferecer um apoio melhor para a família, conversar é sempre uma situação diferente de cada pessoa, né? Mas eu vejo que tem isso das pessoas se distanciarem um pouco, porque é uma situação bem complicada. [...] Mas é igual eu falei lá no começo que quando tem uma situação dessa, as pessoas acabam se afastando, não querem nem atender. Não querem ver, sabe? Como se fosse alguma coisa assim, tá estranho vai fazer mal para mim, também não sei o quê, e também tem aquela coisa da pessoa sair dali com uma sensação assim de chegar em casa e fica pensando. Chega em casa, fica pensando naquela situação, né? não só da família, mas às vezes da criança. A criança nasce, é meio deformada, né, por estar muito tempo ali, no trabalho de parto. Eu acho que isso acho que com certeza falta. Falta um preparo assim. (EO 10)

[...]Je também de não saber o que falar às vezes, tipo, não ter uma palavra boa, não sei, tipo, ficar assim, um pouco sem reação, sabe? [...] eu acho que é um tema bem importante que os profissionais geralmente não sabem lidar mesmo, não sabem o que falar, uma coisa que eu escuto muito, que eu acho muito ruim falar que é, eu já pensei em falar, só que não falei graças a Deus, eu fui falar assim, ah, mas você é nova, você vai engravidar de novo, sabe? Isso é o que muita gente fala e acha que está falando e está confortando a mulher, sabe, mas isso não é assim. Aquela gravidez é única, que aquele bebê foi o único para ela, que aquele bebê tem nome, aquele bebê ela idealizou aquele bebê, ela comprou coisa para aquele bebê e não, não, outro não vai suprir o lugar daquele bebê que ela idealizou que ela teve, que ela

planejou. Então isso é uma coisa que eu escuto bastante ainda. Eu acho que é importante abordar isso principalmente no centro obstétrico no sentido de treinamento mesmo, de coisa que não deve falar [...] Antes eu não queria muito, tipo, lidar, eu via um bebê assim no começo, né, logo que eu me formei, que eu trabalhei em uma maternidade e logo que eu vi assim, me dava um gelo, assim eu ficava até sem comer o dia inteiro, ficava ruim. No começo, mas agora até eu acostumei melhor, sei lidar. Estou lidando melhor com isso, mas no começo era bem pior. Eu ficava mal assim o dia inteiro lembrando, ficava ruim. Não queria lidar. Mas hoje em dia eu consegui tanto superar, assim. (EO 1)

Nove entrevistados evidenciaram que a formação ainda necessita de um olhar voltado ao cuidado diante das perdas gestacionais. Todavia, alguns relataram que na residência tiveram oportunidade de aprender algo sobre o tema:

[...] O que eu tive da formação? Nada [...] os alunos não sabem nem como falar com o paciente, nem como dar oi para o paciente, né? Que dirá abordar uma mulher passando por uma situação de abortamento, assim. É, e eu acho que em relação à prática, assim, a gente tem alguns limitadores estruturais muito grandes. (EO 1)

[...] acredito que em nenhuma formação a gente é preparado, é... para essas situações, porque você não consegue preparar alguém emocionalmente, é... para atender uma situação tão delicada, né? [...] só aprende a atender essas mulheres de fato, atendendo. (EO 2)

[...] Mas essa parte de como você lidar, é ... com a saúde mental dessa mulher, nesse dia eu vejo que peca em tudo, desde a graduação, na verdade, é só muito comentado, citado, né? Não é destrinchado, né assim, é mais é as classificações, as condutas, fala para tomar cuidado, mas de uma forma muito mínima, né? (EO 4)

[...] Eu acho difícil, porque eu...nunca me senti preparada para atender, sabe? Eu acho que na graduação a gente não é formado para a gente, né para isso, sabe? Eu acho que depende muito da nossa vivência enquanto pessoa, mesmo sem considerar o lado profissional, então eu já sempre tive um pouco de dificuldade assim, com perdas no geral [...] E eu acho que na graduação a gente também não é formado sendo preparado para isso, sabe, acho que a gente, é, acho que a gente, é muito pouco trabalhada a temática dentro da graduação em si. [...] essa questão da formação em si que a gente não foi preparado mesmo. No geral, além de não estar preparada, eu percebo que a equipe como todo mundo não está preparado. [...] Acho que a gente precisaria de mais atenção relacionada a isso, durante a graduação mesmo, de como trabalhar. Eu acho que nessa questão da abordagem em si mesmo, como eu te falei. De como abordar, o que que a gente pode falar, o que que a gente não pode falar. (EO 5)

[...] na realidade, isso fica uma coisa bem esquecida mesmo, né? Quando a gente está na graduação, o principal é ver um parto, né? (EO 6)

[...] Assim, o conhecimento que eu acabei adquirindo foi muito pelo ..., porque minha residência multiprofissional, então eu tinha contato com o pessoal da terapia ocupacional, da psicologia que a gente acabava conseguindo dentro desse, posso dizer assim, dentro desse grupo mesmo trabalhar essa temática, né? Foi aonde eu adquirei, eu com alguma compreensão, alguma competência, mas nada específico pela enfermagem. (EO 7)

[...] A gente não tinha disciplina voltada para o processo de perdas gestacionais. A gente não tinha. Mas era mais na vivência da assistência [...] assim é que na graduação a gente é... vê bem rápido, né assim, a gente termina vendo muita coisa, muitas matérias e tudo, e a saúde da mulher é uma das disciplinas com uma carga horária, né, pequena, eu acho que para o tamanho da grandeza da assistência, é uma carga horária pequena e assim a gente entra mais em contato com o pré-natal, e ainda entra em centro obstétrico, alguma coisa assim, mas sempre voltado para o nascimento, realmente para assistência ginecológica, mas assim voltado para a perda não, eu não tive na residência, a gente conseguiu, porque assim são 2 anos de residência e a gente fica praticamente morando dentro da maternidade. Então eu tive uns preceptores que eles tinham essa, esse olhar, sabe, esse olhar, esse cuidado e ele sempre prezava muito pela mulher que estava em processo de abortamento, que era uma perda fetal, para a gente dar uma atenção especial. (EO8)

[...] Nós tínhamos uma matéria só destinada, é, a abordagens psicológicas, né, em diversos contextos, assim. Então, uma das abordagens era em relação à perda gestacional, né? Então, a gente tinha com psicólogas mesmo aulas abordando esse assunto, né? E na prática, no HU, onde eu, onde eu fiz residência, tinha um serviço muito qualificado em relação a isso, né? Então, essas mulheres, elas eram imediatamente acolhidas pela psicologia, ainda antes do abortamento, né? Então elas internavam, independente do horário, tinha uma psicóloga que sempre ia lá, é, fazia todo esse acolhimento, é, preparava essa mulher para o procedimento, ficava com elas, às vezes. Então as residentes de enfermagem, de psicologia, elas entravam no serviço e elas ficavam com essas mulheres. Então ela está em um processo de abortamento, está com dor, está, sente, está sentindo, é, o que está que vai expulsar o bebê, né, está em vias de expulsar o bebê, então essas meninas ficavam lá. Então era uma abordagem muito, muito legal assim. Que acabou sendo um facilitador, né, para todo mundo que vivenciava esse processo junto, né? [...] eu acho que assim, ainda se tem muito, um viés muito grande assim, né, nessa assistência. Porque as pessoas muitas vezes não sabem como se comportar, né? Então a gente percebe assim, é... muitos dos acadêmicos de medicina, por exemplo, que é quem tem mais contato à noite com a gente, né? É e que, muitas vezes, não sabe o que fala, não, não, não sabe, não sabe se deve falar, não sabe como abordar, é, o tratar a mulher, né, enfim. Então eu acho que é um assunto que a gente precisa falar mais sobre, né? A gente fala tanto sobre as felicidades da obstetrícia, né, dos partos maravilhosos, nascimento, tudo perfeito. Mas esse viés, né, desses bebês que não evoluem bem, né, que vão a óbito ali, imediatamente após o parto ou que nascem já em óbito, é, é uma lacuna muito grande, né? [...] É... era um pouco difícil, né, porque a gente não aprende isso na faculdade. Assim, a gente não tem essa ênfase, né? (EO 9)

[...] Acho que foi uma disciplina, a gente assim ensinava como conversar, que termos não usar é... como, por exemplo, né, vamos supor de não falar assim ah, não, depois, você engravida de novo, sabe, isso vai passar ou igual elas chegam, que eu comentei que elas chegam lá assim, meio que quando é abortamento ah não, mas é podia ser uma malformação, porque assim não ficava falando sobre essas coisas, entendeu? (EO 10)

Dos 11 enfermeiros entrevistados, pelo menos seis indicaram a falta ou desconhecimento de um protocolo assistencial que pudesse orientar as rotinas de cuidado durante as perdas gestacionais:

[...] Olha, um protocolo específico, assim, não. O que acaba me norteando, às vezes, a parte burocrática, que é em relação à Declaração de Nascido Vivo. (EO 1)

[...] só que eu acho que é interessante se a gente tivesse mesmo um protocolo de atendimento, tanto em suspeitas, né? (EO 2)

[...] e assim, a gente, não tem nenhum protocolo realmente sobre isso, não é algo que a gente discute lá dentro do hospital. (EO 5)

[...] devem ter vários instrumentos, protocolos, sequência, conhecimento que ajude a embasar isso, entende, mas no fim das contas, é o que o melhor que eu posso oferecer para elas hoje. (EO7)

[...] Então não, não tenho um protocolo na realidade, assim, eu desconheço. (EO 8)

[...] Não, eu não conheço, na verdade eu vi isso, eu comecei a ver isso de eu buscar sozinha, sabe? É em artigo em livro de perdas gestacional. (EO 11)

4.3 POTENCIALIDADES DO CUIDADO DE ENFERMEIROS DIANTE DAS PERDAS GESTACIONAIS

Esta categoria obteve 38% de representatividade na pesquisa, identificada por meio do software webQDA, e todas as entrevistas tiveram trechos que a compuseram. Ainda nesta, oito enfermeiros perceberam que, ao prestarem um cuidado respeitoso e empático para essas mulheres, este pode se tornar um comportamento a ser apreendido e reproduzido pela equipe e estudantes, como uma ferramenta de transformação e qualificação do cuidado:

[...] Ai, eu acho que ainda falta um pouco de empatia, é... e um posicionamento mais profissional de todos os profissionais. (EO 2)

[...] Então, o primeiro cuidado de enfermagem, para mim é esse e principalmente, não tratar ela como um procedimento, a curetagem, o abortamento, sempre lembrando do nome dela, porque ela está ali, ela está em silêncio. Ela está aguardando. Ela está ouvindo, ah leva abortamento para outra sala. Nossa, me arrepiava quando eu escuto, é... outros profissionais falando isso. [...] Mostrar né, mostrar como se faz, né, para eles verem também e também na continuidade. A gente não tem esse problema, graças a Deus. Então, assim, eu sempre falo, é melhor o silêncio do que não saber falar e falar demais, né? Então a equipe, eu vejo que também toma esse cuidado. Pelo menos a equipe de enfermagem. (EO 4)

[...] Enquanto a equipe assistir no geral, porque não tem que falar nada sobre nada dela próximo de outros pacientes, então a gente deixou ela só na enfermaria, junto com uma acompanhante, claro. [...] Eu me preocupo muito enquanto enfermeira do setor é, é também como os demais integrantes da equipe vai atender a paciente, sabe? [...] eu acho nossa maior dificuldade da maternidade em si de ter essa percepção de que a gente não pode colocar essas pacientes do lado de outras pacientes que têm bebê. (EO 5)

[...] a gente busca sempre estar melhorando nessa questão do cuidado daqui e orientando a equipe para prestar o cuidado da melhor maneira, mas eu acho que ainda para, principalmente, para a questão das técnicas (de enfermagem), falta essas rodas de conversa. (EO 6)

[...] ela faz a curetagem. Ela volta para esse leito de tratamento, ela não fica mais na REPAI. E isso parece bobo, assim, e no começo era uma treta homérica com os anestesistas, porque eles achavam que eles tinham que ficar na REPAI mesmo. Então a gente bate o pé. Isso foi uma treta grande e hoje é cultura, né, um fluxo do hospital, né? Esse ponto a gente tem que ir, não é uma coisa do estado, é uma coisa que a equipe de enfermagem bancou para poder preservar essas mulheres. (EO 7)

[...] eu acho que, é... a gente precisava, não sei, sensibilizar a equipe sabe que, eu sei que às vezes parece que não muda, não muda, não muda aquilo, a gente vai é tentando trazer, é... os técnicos, realmente, os técnicos e auxiliares, né, para ter esse olhar, esse cuidado diferenciado, porque muitas vezes a gente ainda pega, é... algumas situações de comentários desnecessários, é então assim, essa parte de sensibilizar a equipe. (EO 8)

[...] E daí a gente sempre conversa com a equipe, explica, tem muito aluno, né, tem muito acadêmico. A gente conversa com os acadêmicos, também com os alunos para eles entenderem, para não ir chegando, e dar uma bola fora, assim falar alguma coisa indevida. Mas é mais ou menos isso. (EO 10)

[...] Aqui é porque, assim, tem muito profissional. Eu já pensei como esses profissionais no início, sabe, que eles acham que a mulher, que é mórbido, que a mulher não vai querer ver o bebê, entendeu? que é mórbido você ajeitar o bebê, colocar a touquinha, enrolar, entregar para a mulher. Tem muito profissional que pensa e quando eu comecei a fazer isso, eu tinha uns funcionários que falavam nossa, mas não é mórbido fazer isso? Eu falei, eu falo, não, e eu explico porquê que não e agora toda a equipe já faz assim, a equipe já sabe como que é para fazer, sabe, os técnicos, quando eu estou em outro setor, eu às vezes eu estou acompanhando um parto, tudo, daí nasce um óbito fetal, né, que não foi eu que acompanhei e daí quando eu vou ver, tipo, as das técnicas já fizeram do jeito que eu fiz. Já pegaram carimbinho do pezinho, ó, está aqui para você escrever aí o que você quiser escrever, e daí elas já sabem, a gente já fala a mesma língua assim, porque a gente já trabalha bastante tempo juntos, né? Ali, no setor, então a gente está bem alinhado nesse sentido, né, mas quando eu cheguei não era assim. [...] acho que poderia acrescentar, é... em relação ao julgamento dos outros profissionais e como você fica frente, é isso, o que que você faz? O que que o enfermeiro faz? O que que você está escutando frente ao julgamento de outros colegas de trabalho ali. (EO 11)

Um dos elementos positivos é o cuidado que os enfermeiros têm de garantir que a lei do acompanhante seja cumprida para esta mulher, conforme o discurso de nove enfermeiros.

[...] E garantir que o acompanhante fique com ela em todo o processo, independente da idade gestacional, né? (EO 1)

[...] Então a família realmente tem um papel muito importante nesse momento. (EO 3)

[...] No geral, a gente tenta sempre, sempre deixar alguém junto com ela mesmo. É algum acompanhante, algum familiar que ela tenha interesse, tem algumas pacientes que ainda chegam a ficar sozinha. (EO 5)

[...] Eu, se a gente puder isolar o quanto mais, melhor, né, deixar ela mais naquele momento com a família. (EO 6)

[...] É, quando a gente fala da lei do acompanhante, é para mulheres em pré-parto, parto e puerpério, mas eu uso essa lei para colocar um acompanhante da paciente que tem abortamento porque o hospital que às vezes não quer liberar, entendeu? (EO 7)

[...] Geralmente eu gosto muito de perguntar como ela está se sentindo, como ela está enfrentando essa situação e se ela estiver sozinha, eu sempre pergunto se tem alguém para ir para ficar com ela, porque eu acho que é super importante, é... às vezes tem a questão ali do acompanhante, eles é, colocaram acompanhante com mulheres em trabalho de parto, em mulheres em tratamento clínico, situação de abortamento, eles geralmente não querem que fiquem acompanhante, né? Então geralmente no nosso plantão, a gente sempre busca trazer alguém para ficar com essa mulher, porque ela precisa desse apoio emocional, é... de alguém ali com ela, naquele momento. (EO 8)

[...] Que mesmo sendo no HC uma norma, que deixa muito a critério do enfermeiro a escolha de deixar a mulher com acompanhante ou não, isso para mim é uma coisa incontestável, né? Ela tem que ter direito a ter uma pessoa lá, ao lado dela, que vai prestar essa assistência, né? É, e aí a gente procura explicar, né? (EO 9)

[...] É, já é direito ela ter acompanhante, mas assim também, se precisar trocar antes da intervenção, essas coisas eu tento liberar. Se tem que deixar ela com alguém, que é um apoio também a família. (EO 10)

[...] É, deixo ficar acompanhante, tipo, com certeza, né, a lei do acompanhante, tudo faço questão, né, que fica acompanhante. (EO 11)

Na entrevista de sete enfermeiros, se destacaram trechos em que evidenciaram que se sentiam mais preparados para atuar no cuidado à mulher diante da perda gestacional devido a um movimento intrínseco, quando perceberam esta lacuna do conhecimento que os impulsionou a buscar literaturas e cursos. Enquanto outros apontaram que ainda sentiam a necessidade de estudar, ampliar seus conhecimentos e desejavam ter acesso a cursos e treinamentos, no serviço, sobre este tema:

[...] É que seria interessante se a gente tivesse um curso, é... relacionado até o, a um outro atendimento a essas mulheres, porque a gente é muito frágil emocionalmente ao atendê-las, né? [...] Preparo psicológico, principalmente. E preparo de cursos mesmo, até indicação de livros, preparo de ciência. Mesmo porque a gente acaba se envolvendo muito e às vezes é interessante para a gente é... saber como lidar com ela, ou saber como não trazer isso para nós. (EO 2)

[...] eu tenho realmente, eu busco ter conhecimento sobre aquele assunto para que eu possa é orientar da melhor forma. (EO 3)

[...] eu gostaria até de ter, de que se tivesse, né, como ter um, é... melhores abordagens, né, ver se eu estou abordando corretamente essa mulher. Ver se essa escuta que eu estou fazendo está adequada, se não tem outras tecnologias novas, né? Porque em si o serviço, por enquanto, ainda não oferece algum curso específico para isso. (EO 4)

[...] Eu estudo para várias coisas, né, para assistir as mulheres, mas eu admito que nesse assunto eu nunca sentei para ler algo. (EO 7)

[...] eu me sinto muito tranquila em atender sim e também, mas eu também fiz, é no, há uns dois anos atrás, eu fiz um curso com uma psicóloga, um curso bem curtinho, assim, sobre a abordagem de mulheres em abortamento, então isso me facilitou muito, o atendimento, assim. É também li dois livros sobre. [...] é como eu te falei, né? Eu participei de um curso superinteressante quando eu vim para Curitiba, que era de uma psicóloga que ela trabalha com perdas gestacionais, então foi bem interessante a abordagem dela. E no Siaparto, acho que, uns três anos atrás, eu fiz também uma mini oficina lá sobre perda gestacional de uma mulher que tem um livro publicado, que é um livro sensacional. Eu até tenho ele aqui em casa, que ele fala das abordagens, né, como abordar, como falar, o que falar, o que não falar, enfim, é isso. Acho que foi um grande facilitador assim. (EO 9)

[...] outra fragilidade que eu acho é falta de, assim, de um curso, por exemplo, eu já participei de alguns eventos ou Apice on quando falava de abortamento. Fui aprendendo assim, mas não teve, assim, um curso específico de como lidar com essa situação, o que exatamente falar, mais pelo que eu tenho de igual. Falei uma coisinha aqui que eu vi na faculdade. Outra coisa que eu li, algumas coisas assim, mas a gente não... São muitas coisas, né? [...] na obstetria, hipertensão, diabetes, tem um monte de coisas para estudar. Então, assim, às vezes você vai dando prioridade para essas outras coisas, esses outros assuntos e deixando essa parte, por exemplo, de como ter um atendimento mesmo mais e próximo do ideal para essas mulheres. [...] mas eu acho que seria interessante, não sei se é nisso que encaixa também, é essa questão de ter algum curso, alguma coisa voltada acho que para a equipe inteira, eu acho que ninguém tá, assim, muito preparado. (EO 10)

[...] É, no começo era bem difícil, assim, pela questão de não saber o que falar, sabe, para confortar a pessoa, né? Mas daí eu comecei a buscar, tipo, ler alguns artigos, tem uns, tem, tem um livro, até que fala sobre perda gestacional, que é, eu comecei a me posicionar de outra forma, ficar mais em silêncio, falar que estava ali com ela, que essa fase difícil vai passar, que ela foi uma ótima mãe, que o bebê é... eu tento colocar assim que ela é a mãe e o bebê, tipo, é como se ele teve passagem por essa terra, entendeu? (EO 11)

Outra potencialidade percebida diz respeito à ambiência, tema levantado por nove enfermeiros, sendo apontado por estes que, uma prática essencial do cuidado é preparar e manter o ambiente acolhedor e respeitoso onde esta mulher permanecerá no serviço:

[...] Então, é, eu sempre tento preservar a privacidade dessa mulher. É, a gente tem um fator limitador de espaço, que os nossos quartos de tratamento dentro do Centro Obstétrico são ao lado da sala do RN. Então, pra mim, soa,

é, absurda essa conformação, porque a gente não consegue isolar o som dos quartos, né? Mas o cuidado que sempre tento ter, é no sentido de fechar a porta, tanto do??? quanto do tratamento, como da sala do RN quando nasce algum bebê, pra dar uma abafada no som. Não diminui completamente, né? [...] eu tento garantir que essas mulheres, quando elas vão para a curetagem, por exemplo, que elas voltem para o tratamento e não para a REPAI. Porque na REPAI, normalmente, tem pós-cesárea com parto, com bebê e pós-parto com bebê. É, e já teve, não foi nem uma nem duas situações, de chegar no plantão e ter uma paciente pós-abortamento, pós-curetagem dentro da REPAI com outros bebês. E aí, a minha primeira reação é tentar reorganizar, me desculpar com a mulher e mudar ela de quarto, né? (EO 1)

[...] É eu gostaria muito que o serviço tivesse como disponibilizar mais privacidade para essas mulheres. Desde o diagnóstico, desde a acolhida até o procedimento ou até ela estabilizar no quarto. [...] Então, tem sido bem complicado você dar essa privacidade. E no centro obstétrico, eu sei que não é diferente. Às vezes eles tentam pôr nos leitos que é de tratamento de REPAI, mas vira e mexe tem uma mulher só que ainda está gestante, ou acabou de ganhar o bebê, então é o que como profissional me corta o coração, mas é o que a gente consegue fazer, dentro da estrutura que a gente tem. A gente tenta deixar ela isolada, mas não tem quarto específico para isso, né?(EO 4)

[...] E além disso, acho que principal, assim que a gente faz é tentar deixar essa paciente em um local, em uma enfermaria que não tem outros bebês. Então a gente já teve duas situações da maternidade, queriam que a gente atendesse, colocasse paciente junto na enfermaria com outros pacientes que têm bebês, e é uma coisa que eu me recuso, assim, sabe, a fazer. [...] eu acho que o principal, que é algo da maternidade mesmo, é que nos falta lá é um espaço para essas pacientes, sabe? (EO 5)

[...] Então, sempre busco me colocar no lugar da paciente. Sempre procuro deixar elas mais isoladas, se possível, longe de choro de bebê, mas a gente sabe que isso na maternidade é um desafio muito grande. [...] Por exemplo, ali no Hospital de Clínicas, a minha sala de tratamento, no caso que seria utilizada para essas pacientes, ela fica praticamente ao lado da sala do recém-nascido. Toda vez que nasce um bebê a gente tem essa questão. [...] a questão da estrutura física que nos prejudica bastante nessa questão, né? É, eu acho que não só ali no Hospital de Clínicas, mas se a gente pensar num todo assim, em qualquer local que a gente tem a maternidade, normalmente os abortamentos ou as perdas gestacionais ficam muito próximas de mães que têm o bebê, né? E isso é uma questão muito difícil e assim acaba não estando muito próximo, assim, para que a gente possa fazer uma diferença. (EO 6)

[...] mas em relação a isso, de forma individual e o grupo de enfermeiros tenta sempre fazer um cuidado bem humanizado, tentar respeitar muito o momento daquela mulher, tentar preservar ela fisicamente, especialmente, não misturar uma mulher que tá tendo uma perda com outras puérperas, com bebê chorando, tipo amamentando, de colocar de forma mais privativa aquela mulher que está tendo um parto de um OF, porque ela vai ter todo um processo é de trabalho de parto igual, ela só não vai ter o que aquela mulher que está parindo tem. [...] Essa mulher ficava junto com uma gestante em tratamento com uma gestante com pressão alta, entendeu? E aí dali ela ia fazer a curetagem e a REPAI junto com todas as outras mulheres, cesárea e a gente quebrou o pau e acho que isso foi um ganho muito grande e isso a gente não abre mão, sabe? [...] Porque agora a gente, porque aí depois a gente tem, a gente tem 4 salas, é... com 4 leitos de tratamento, 2 de um lado e 2 do outro. É do lado da sala do RN, é do lado da sala do RN infelizmente, mas a gente deixa a porta fechada. Mas a gente deixa aqueles 2 leitos para

abortamento legal, para curetagem. A gente não mistura nem que eu tenha uma mulher sulfatando, tá uma paciente, mas eu não coloco ninguém com aquela mulher, entendeu? Que não tem nenhuma, algo parecido, algum tipo de perda assim, sabe? (EO 7)

[...] tanto de abortamento ou como de óbito fetal, então, assim a gente tenta levar ela sempre e tá colocando ela em um leito. É bem complicado ali no centro obstétrico, né, porque a gente tem que fazer todo um remanejamento para tentar colocar essas mulheres em lugares mais privativos, né? É... ali, a gente não tem como, de repente de deixar ela sem ouvir um choro de um bebê ou um nascimento, alguma coisa nessa, né, nessa situação, então, assim, é... a gente sempre tenta receber ela, a gente conversa, se identifica, tenta colocar ela no leito que ou tenha uma outra mulher que tenha tido alguma perda, né? Mas evita sempre de colocar ela com gestantes e com bebê. (EO 8)

[...] a primeira coisa que a gente tenta fazer no HC, né, é deixar essas mulheres com privacidade. Então essa é uma das coisas que eu mais priorizo, assim, e sempre priorizei dentro da assistência, né? Então, reservar um ambiente para elas, onde elas não precisem dividir o quarto ou que dividam com mulheres que estão na mesma condição, né? Então isso é uma das nossas prioridades de atendimento. (EO 9)

[...] Deixar essa paciente com acompanhante e no local que ela vai ficar assim, longe das outras mulheres que têm bebê, que estão gestantes, né? O máximo possível, mas, assim, como a gente vive uma situação de superlotação, nem sempre é possível, mas na maioria das vezes, sim. Então a gente deixa ela num leito separado ou numa PPP separada, ou se ela está ou se tem outra mulher na mesma situação que ela, né, de aborto, de alguma perda. (EO 10)

[...] É, eu procuro não deixar ela com, eu não deixo ela com mulher que está grávida ou com bebê de jeito nenhum. [...] Aí, eu coloco também a paciente num leito só para ela, é isolado assim, né, sem mãe, sem bebê. (EO 11)

A partir da análise das falas de oito dos entrevistados, estes perceberam que, por alguma razão, algumas experiências profissionais, e até mesmo o primeiro contato que tiveram no atendimento às mulheres diante da perda gestacional, provocava uma inquietação, e a necessidade de aprimorar e voltar-se para esse cuidado:

[...] Eu lembro até hoje o primeiro, o primeiro óbito fetal que eu vi. É, não foi eu que recebi o bebê, foi a minha preceptora. E, mas foi, assim, a humanização na forma mais crua do negócio, assim. Então, era, tipo, acho que era a oitava gestação da mulher, ela tinha sete filhos homens e ela vinha tentando engravidar, porque ela queria uma menina, e era uma menina. E aí essa neném nasceu e aí ficou no colo, ficou mais de quatro horas com ela, assim. E aí ela chamou um padre e o padre foi rezar pra ela. E eu lembro que em algum momento eu entrei no quarto e entrou um, entrou um vento, assim, e ela pegou e cobriu a neném e aí ela olhou pra mim e ela falou assim: "Aí, que boba né? Ela nem sente". E eu falei: "Mas se você quer cobrir ela, tá tudo bem. Você pode cobrir seu neném. Tá tudo bem". (EO 1)

[...] ela entrou em trabalho de parto, e ela ficou uns 3 dias para ter esse bebê, porque ela negava o parto. Ela não queria, ela não queria dar à luz um bebê

morto, sabe? Então ela ficou 3 dias assim, rezando, rezando, rezando para o bebê nascer vivo e já não tinha mais expectativas. (EO 2)

[...] Até hoje eu lembro da primeira perda fetal que eu tive na residência, que foi a primeira que eu vivenciei. A enfermeira me largou, ela deixou só eu fazendo, eu que fui mostrar o corpinho. [...] Eu não sabia nem por onde eu começava, né? E essa perda gestacional, essa perda a gente preparou o corpo do bebê. A gente, eu preparei o corpo, arrumei, levei lá no lugar adequado, que era uma sala de RN vamos pôr assim, para a família poder ver. É, era na residência, a princípio fiquei sozinha nesse momento porque a enfermeira não ficou comigo. É, nem nenhum técnico, nada, falei gente, eu não aguento, eu não tenho estômago, eu não tenho estômago, o pessoal falando, daí eu falei, ah tá, vamos ver, né? Vou, vou lá, vou, vou ver o que eu posso fazer para essa família, e daí, esse sim foi o primeiro. Eu chorei muito com a família, não tinha como. [...] A gente teve um esses tempos, esses meses foi, né, de madrugada, foi, assim, não sei nem descrever para falar a verdade, porque o bebê chegou com o movimento e eu que instalei o cardiotoco. Essa mulher tinha uma dor aguda muito forte, por exemplo, então o acolhimento não é a ausência de batimentos, e ela não estou sentindo o bebê mexer, então eu já instalei o cardiotoco antes do exame clínico, por exemplo, para poder já ver se tem batimentos e chegou com o batimento, né? Vamos pôr assim, então, eu já, eu instalei, tinha batimento, parecia que era um trabalho de parto. E o qual estava fechada era uma interativa. Era uma gesta 3 cesária 2, que eu lembro, e ela, e com ela o acolhimento no começo foi mais brando e o diagnóstico foi durante, né, porque daí medicaram para dor com dipirona. Passou a dor e, na verdade, quando eles levaram ela para a sala porque detectou depois que fez uma ecografia, é... horas depois, né, porque daí a dor voltou após a dipirona fazer efeito e perceberam que estava é que já tinha ido a óbito fetal, né? Então, é... essa mulher, ela gritava, ela urrava, né, assim, meu Deus, mais um, porque era a segunda perda dela. Então cuidado para essa mulher, na verdade, foi uma emergência, uma emergência obstétrica, por exemplo, é... os médicos já tinham dado a notícia, então vamos cuidar de você. Vamos fazer tudo o que é possível. Estamos arrumando você rapidamente para ir para o centro cirúrgico, para ver se, né, o que consegue fazer, né? Então é uma perda gestacional muito difícil até para os profissionais, porque a princípio aonde a gente falhou, mas não tinha sangramento, não tinha um histórico de dor aguda, muito claro, uma dipirona parar sua dor, entendeu, enquanto estava esperando a dipirona para ver se ela já estava tudo bem e a repetir o cardiotoco é que daí percebeu que tinha ausência de movimentos, né? (EO 4)

[...] Eu acho que se pensar na trajetória, na primeira vez foi muito impactante. Assim, que foi a primeira vez, eu acho que eu tive contato mesmo com isso. Eu trabalhava num hospital da região metropolitana e a gente ter, eu tive que mostrar o bebê em óbito para a família. Porque era só a gente que ficava com a chave do necrotério, né? Então a gente ia lá abrir e foi bastante traumático, até para mim, porque a gente nunca está preparado para ver isso, né? E a gente fica lá e aí aqueles familiares, praticamente violando o corpinho ali na nossa frente, né? Aconteceu e, às vezes até nos culpando, julgando nosso trabalho, né? Então não é uma situação fácil, e a sua primeira vez foi bem impactante. (EO 6)

[...] Obstetrícia é uma festa e ninguém quer estragar a festa quando um bebê não nasce. Basicamente, essa festa ela acontece na maternidade como um todo. Ela é um local de vida e não de morte, né? Então, cada morte gera um peso muito grande pelo contexto, pela frequência pequena com que isso acontece. Posso estar errado, mas talvez na UTI não deva ser tão dolorido por exemplo, quanto é na maternidade, né? (EO 7)

[...] Claro que tem mulheres que vão mexer com o nosso emocional e a gente precisa olhar para isso também, né? A forma que a gente vai tratar essas mulheres também vai ter muita relação com aquilo que a gente está sentindo naquele momento, né? Então a gente já viveu, assim. Claro que é a prática e a experiência, ela vai lapidando a gente de alguma forma, não, ela vai, vai fazendo com que a gente consiga aprimorar a forma de lidar com as situações assim. A gente teve um óbito, há um tempo atrás, de um bebê que não dava sinais de que ia vir a óbito. Enfim, nasceu muito grave, foi a óbito e a residente sentou no chão e ela falou para mim: "Eu preciso chorar, eu preciso. Eu preciso ser acolhida também, né?". Eu falei, é isso. Sim, não é fácil lidar com a morte. Não é fácil. Nossa cultura não nos prepara para lidar com a morte, né? A morte é vista como uma coisa horrível, né? Nossa, meu Deus, mas morreu, morreu, que coisa horrível. A pior coisa do mundo é você perder, né? Ainda mais num contexto de vida, como é a obstetrícia, né? Então eu acho que a gente precisa falar mais sobre esse assunto. A gente precisa nos preparar mais. Porque só quando a gente se sente verdadeiramente preparada é que a gente vai conseguir fazer uma abordagem correta, né? (EO 9)

[...] Quando tá assim, por exemplo, no começo, uma perda, no caso um aborto, né, 8 semanas, se elas vão para fazer cureta 12 semanas, o bebezinho não está tão formado, parece que a própria paciente ainda não tem aquela consciência do bebê. Que tem o bebê, que tem uma vida, sabe, aí quando o bebê já está grande, que ela já sente a movimentação fetal, já viu na ultrassom. Entendeu? Parece que ela assim, aí sim ela teve a consciência que é uma vidinha ali. Então, assim, claro que para a gente também tem a questão de visualizar a criança sim, mas também é a mãe, o jeito que a mãe expressa, sabe? Parece que, assim, tenho a impressão que é mais de, tenho a impressão não, eu vejo que é mais difícil para elas assim. Demonstrem mais dor, assim quando, a criança já é maior, isso. (EO 10)

[...] Mas até pela vivência, assim que eu fiz estágio na UTI Neo também e na UTI Neo também deixava o bebê lá para a mãe ver, né, tipo não levar para o necrotério, que daí fica mais roxinha, mais gelado, porque eu já levei também uma mãe pra ver o bebe no necrotério. Foi muito impactante, foi muito ruim quando eu estava na residência, sabe? E daí eu lembro até hoje desse dia que eu também levei um susto quando vi o bebê, imagine aquela mãe, né? Naquele negócio gelado, o bebê gelado. Foi muito impactante, então, hoje em dia eu faço isso. Também já tive que pegar o bebê da geladeira para mostrar para a mãe também. (EO 11)

Contudo, as experiências pessoais também acabam por modificar a percepção do cuidado oferecido, conforme a fala de dois enfermeiros:

[...] hum, eu tive 2 fases. Na verdade, é a fase anterior a ter filhos e a fase depois de ter filhos. No início era assim, mais imaginativo, né? A gente sabe da dor da paciente, mas a gente não tem tanto a ideia, não consegue se pôr tanto, eu acho, no lugar. Então era mais fácil, eu acho, atender perdas gestacionais antes. Depois que eu tive filho, ficou um pouco mais difícil. Acho que a gente como mãe acaba tendo outras experiências e a gente acaba se pondo muito mais no lugar da paciente e acaba sofrendo junto com elas, muito mais do que antes. (EO 6)

[...] não posso dizer que eu sinto a dor dela, mas a gente acaba tendo um pouco de compaixão, né? Por esse momento, eu tenho dois (filhos) e a gente teve uma perda gestacional quando a gente começou a tentar engravidar, então a gente teve uma gestação que não foi viável lá no começo, sabe? A

gente já teve uma perda, a gente, sabe mais ou menos como é que é, então acho que eu acabo sentindo um pouco de compaixão, assim, no sentido de que eu não posso imaginar o quanto essas mulheres e o que elas estão sentindo, mas eu tenho certeza que não é simples não é fácil [...] Porque a minha cunhada teve uma perda gestacional, assim, na verdade era uma formação incompatível com a vida, assim, há muitos anos atrás. E ela conta que a única coisa que ela lamenta foi não ter tirado foto da filha dela. Que ela não tem uma lembrança disso, sabe? E aí eu tento favorecer isso. (EO 7)

4.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PERDAS GESTACIONAIS

Esta categoria teve 31% de representatividade na pesquisa obtida por meio do software webQDA, com a participação de 11 entrevistados. Nesta, foram reunidos, por similaridade, temas que envolveram as práticas cotidianas do cuidado de enfermagem realizados diante da mulher em situação de perda gestacional. A formação de vínculo, por meio da atitude acolhedora e respeitosa foi apontada no discurso de quatro enfermeiros:

[...] Então é para mim, assim, como profissional, é o que eu tento sentir nela qual que é e como é para ela, aquela perda, para poder fazer algum tipo de acolhimento, algum tipo de palavra acolhedora, é... jamais, não sei se isso aí tem de outra pergunta, né? Mas jamais falar que daqui a pouco ela engravida de novo, sabe? Eu acho muito desumano, porque cada filho é um filho para ela, sempre vai lembrar dessa perda gestacional, então é... a gente tem que sentir, né? (EO 4)

[...] É uma estratégia para elaboração do luto, para que ela possa viver esse momento de verdade, assim não com aquela passada de pano de tudo bem, logo você vai ter outro, nossa isso eu fico puto, logo você vai estar aqui de novo, ela nem quer saber disso agora. (EO 7)

[...] E uma coisa que essa psicóloga falou muito, assim, que foi muito marcante para mim, foi assim, se você não sabe o que falar, não fale nada, né? É, apenas abrace aquela mulher, acolher aquela família, é isso. Não é? Muitas vezes o não falar é muito mais simbólico para aquela família do que ficar falando um monte de porcaria, né? Então eu acho que a gente precisa começar a pensar mais nessa ótica mesmo, sabe? [...] Então eu começo me apresentando e eu sempre falo para elas assim: "Eu não consigo imaginar a dor que você está sentindo, mas tudo o que eu possa fazer para te ajudar nesse momento, eu estou à disposição", né? E, muitas vezes, o que elas pedem é realmente um abraço ou elas pedem para ficar sozinhas, ou, é, elas pedem para, para ter a presença do acompanhante. (EO 9)

[...] É, tento prestar uma assistência, assim é... dá um conforto, assim, porque é muito difícil assim, porque parece que nada que você faça, né, ajuda a pessoa. A gente nunca sabe. Eu nunca sei, tipo, quando eu estou, não quero ser também muito invasiva. Eu não quero ser também muito fria, então você fica ali naquela, dependendo do quanto a pessoa te dá abertura, dependendo você vai aos poucos, conversa e você fica ali do lado da pessoa, né tipo, não tem muito o que falar, né? (EO 11)

O enfermeiro tem consciência de que o cuidado empático precisa ser oferecido e percebido por esta mulher como individualizado, mediante instrumentos do cuidado como a comunicação verbal e não verbal, que promovam o acolhimento e a escuta ativa, entre outros, conforme o discurso de 10 enfermeiros:

[...] É, sempre me sensibilizou no sentido de, é mais fácil pra mim ser empática com a dor dessa mulher, é, e aí é que é muito falado hoje, né, de que, não se, às vezes o silêncio é melhor que eu falar um monte de besteirada lá “Ah, que se Deus quis”, “Ah, porque melhor agora do que mais tarde”. É, antes de se problematizar esse tipo de fala, para mim já parecia absurdo. Então, considero como um ponto positivo, né? (EO 1)

[...] Eu tento unir muito o meu lado profissional e o meu lado pessoal no atendimento a essas mulheres para ter um lado humano também, é... mas com mais tato, né? Porque a gente tem que ter sim a nossa ciência, mas a gente também tem que saber tocar essa alma humana que está precisando tanto da gente e está tão fragilizada nesse momento que é tão difícil para ela, né? Se é difícil para a gente, imagina para ela que está passando por isso. [...] Eu sou muito do tato, então eu tento pegar, eu tento acalmar, tento falar, é... né, respira, tento é fazer um raciocínio clínico com ela, de possibilidades do que talvez não seja, de fato, um aborto. Talvez seja, o que acontece se for? Tento sanar as dúvidas delas, que elas trazem muito, né? Que que vai acontecer? Não sei o que fazer, elas têm foto, é... apesar da gente na enfermagem fazer uma classificação de risco, um local onde eu trabalho, é... se ela quer me mostrar uma foto, se ela quer me mostrar um vídeo, eu atendo ela, mesmo que não seja tão importante para o meu atendimento. Mas é importante para ela me mostrar, então eu permito. [...] você tem a paciência de olhar para ela, é... ver informações que talvez seja até irrelevante para o nosso atendimento, mas deixa mostrar então, temos ali mais que tornar essa vivência mais fácil pra ela. (EO 2)

[...] É, acho, assim, como a gente realmente é profissional de saúde só que a gente não é super-herói. Igual uma perda de um óbito fetal mexe com a nossa estrutura realmente, a gente não quer que aquilo aconteça. (EO 3)

[...] para mim, atender também é doloroso. Eu me coloco no lugar dessa mulher e eu confesso, assim, que eu tento ver pelo olhinho qual que é a reação dela mesma, a fisionomia, porque a perda gestacional, ela pode ser tanto bem-vinda como não bem-vinda. [...] Eu, por mais que eu tô vendo assim 5, 10 fichas às vezes que acumula, né, que às vezes acontece isso, é, eu deixo ela falar, deixo ela desabafar, se ela quiser ou tento fazer, é alguma palavra, perguntar como que ela está se sentindo, como que está sendo para ela, né, tentar escutar ela também, porque o acolhimento não é só a gente falar o que a gente acha, né? Primeiro, é melhor ouvir para saber que eu falei, isso é desejado, se foi planejado, como que ela está reagindo. [...] Quando chega, já ciente, é aquela coisa também, tem que tomar um cuidado para saber como essa mulher tá chegando, é para não provocar mais sofrimento, né? Ela tem que ver se ela, se ela está te dando abertura, se ela quer falar mais sobre o assunto, é... e também em termos do acolhimento, né, para saber qual que é a abertura dela. Se ela é uma pessoa que dá abertura, ela está, está comunicativa, então, é... dentro do possível eu sempre pergunto se ela é religiosa, se ela acredita em Deus, né, também sempre lembrando disso. É então, né, falar como que está sendo para ela, como que a família está reagindo. Então, fazer perguntas, eu acabo fazendo mais perguntas do que falando muito, porque às vezes o que a gente pode falar não encaixa exatamente para ela. Então, tem que tomar cuidado, escuta primeiro para ver

como que você pode confortar ela. [...] É aquele momento que eu tenho que me segurar como profissional, para não chorar junto com elas, né, para poder dar o apoio. (EO 4)

[...] Então eu acho que é o que está ao nosso alcance, né, tudo o que estiver possível de a gente fazer nesse momento, que possa reduzir um pouco esse peso que ela já tem, que ela já traz. Eu acho que faz toda a diferença para cuidar. (EO 6)

[...] É, então, é sempre muito difícil assim, independente da forma que é, independente se é um abortamento previsto em lei, se é uma perda de primeiro trimestre ou se é um óbito de 36 semanas, é, é sempre muito difícil assim. [...] Existe uma dicotomia muito grande entre o que eu tento fazer, o que o serviço oferece de fato. É independente do tipo de perda, aquela perda para aquela mulher, ela é extremamente importante. Não interessa se é o quadro de abortamento que ela tem, porque às vezes é a quarta tentativa que ela tem um filho, tem 5 filhos vivo, mas aquele filho era um filho importante também, então até a gente, eu sempre tento individualizar desse modo. (EO 7)

[...] é diferente, é um olhar diferente, é um cuidado diferente, e a gente tem que ter a questão da empatia, tentar entender e se colocar no lugar dessas mulheres, né? Muitas vezes a gente vê ali na assistência que alguns profissionais, é... deixam aquela mulher mais de lado, não tem esse cuidado, essa atenção, esse olhar, né, diante de uma pessoa que está em um momento de luto, né? Independente da idade gestacional que foi, essa perda é um luto. É um filho que está indo embora ali, né? Então, é uma situação bem delicada, assim, para atender. [...] Então, dependendo da vivência do enfrentamento daquela mulher, você é afetada de várias formas, né, naquele atendimento e a gente se pega simplesmente fazendo um atendimento mais técnico e a gente se pega de repente chorando com essa mulher. Então são, depende muito de cada situação, né? De cada momento, então. Mas assim, o sentimento que a gente tem, eu acho que tipo de, é um sentimento bom, positivo, de poder estar ali, ajudar a acolher e fazer alguma coisa por aquela mulher naquele momento, né? (EO 8)

[...] Mas a gente não pode ficar seco, né, no sentido de sem emoção diante da situação que a gente está vivendo. E está tudo bem você se emocionar, né? [...] Que eu acho que é uma, é uma coisa muito humana, né, assim, do tipo você também pode chorar, né? Acolha essa mulher e chore com ela, né? Você não precisa ser uma rocha. Então a gente sente muito isso, assim, principalmente da medicina, né, que não se permite, né, tipo se importar verdadeiramente com aquilo ou demonstrar que está se importando, né? Então eu acho que a gente traz muito esse olhar do tipo, claro que tem histórias que vão nos comover, né? (EO 09)

[...] Eu tento assim o máximo me colocar no lugar dela. Auxiliar. Ter empatia. Entender também que algumas pacientes, cada uma responde de uma forma, né? Mesmo porque não tenho assim nenhum, tirando época da residência, não tem assim nenhum treinamento específico para isso, sabe? É uma coisa que a gente vai aprendendo no dia a dia, mas assim dizer assim a você atender um parto, por exemplo, um parto de uma paciente, de um óbito, é difícil. Você vem para casa pesado, você vem para casa pensando naquilo, sabe? Era uma família? Sim, Claro. Independente da idade gestacional. Mas sempre que o bebezinho já está maior, é mais complicado. (EO 10)

[...] Para não ser aquela coisa assim, ai aconteceu aquela coisa que parece que o bebê não existiu, tipo, né, porque elas preparam tudo, né, para o bebê, elas idealizaram o bebê, elas compraram coisas para aquele bebê,

então elas querem usar as coisas, tudo, então, tipo, eu tento deixar como tipo, como um luto mesmo que ela vai passar, tipo, como uma morte. [...] Então eu fico triste também, tipo, me causa um, tem dias que, tipo, dependendo da perda, eu fico assim o dia inteiro ruim, fico mal, e fico lembrando dele, fico pensando que eu poderia ter feito mais, porque eu tento fazer, tipo, melhor assim. (EO 11)

Alguns dos cuidados que os enfermeiros oferecem têm como foco as orientações dos procedimentos e medicamentos a serem utilizados e a assistência direta à paciente, conforme apontado por 10 entrevistados:

[...] É, nunca foi pra mim muito difícil prestar assistência para essas mulheres. Porque tem pessoas que preferem não ficar perto, porque não sabem lidar muito bem, não sabem como vão se portar, não conseguem segurar a emoção. Então, eu nunca percebi limitação da minha parte em relação a isso. Muito pelo contrário. [...] quando são perdas tardias, né, consideradas óbito fetal e não abortamento, eu acabo tentando colocar nos PPPs, para que a mulher tenha mais acesso a bola, chuveiro, banheira, se assim ela desejar, como já atendemos inúmeras vezes assim, né, para garantir o mínimo de métodos não farmacológicos pelo menos [...] já atendi incontáveis partos de bebês em óbito fetal e situações muito bonitas, assim. O último que eu me lembro que foi lindo, lindo, lindo era uma gestante de quase 40 anos. Era a primeira gestação, um bebê que foi muito esperado e ela teve uma perda com 32 semanas, 32-33 semanas, e foi uma indução demorada, muito, é... obviamente dolorida emocionalmente, mas foi um nascimento muito bonito. Apaguei a luz. Pensei: Cara, podia ter uma música, mas eu não vou colocar uma música, né? Aí, tipo, coloquei uma playlist de som de cachoeira, assim. Então foi um parto na penumbra, eles ficaram com o bebê, foi muito bonito. E assim, dá pra ser bonito, dá pra ser emocionante, dá pra ser, apesar de triste, dá pra ser um momento feliz também, né? Então, assim, eu tento ir pelo sentimento. (EO1)

[...] Então, eu tento sempre primeiro acalmar elas. Né, porque a gente não pode ir por mais que a gente suspeite que seja, é... ou um abortamento ou um óbito fetal, é... a gente não pode diagnosticar, então eu tento sempre acalmar ela e falar primeiro para ter calma para a gente passar por uma consulta para daí fazer um exame que de fato, diagnostica. [...] quando elas chegam me dizendo que tem algo errado, que as preocupa muito, eu tento primeiro fazer uma retrospectiva com ela de quando começou os sintomas, às vezes é um sangramento. Às vezes é um bebê que não mexe, então a gente faz uma retrospectiva. Eu tento, é... abordar com elas questões que envolvem o porquê que talvez o bebê não está mexendo (EO 2)

[...] Muito importante sempre explicar os procedimentos, sempre explicar o que vai fazer, perguntar se tem alguma dúvida, preparar essa mulher, encaminhar ela da forma mais humana possível né, então é o que a gente tenta fazer. Agora entre o ideal e o real, é o que eu gostaria de explicar, que eu gostaria muito de fazer para essas mulheres, até no caso de abortamento legal, né? [...] Eu acho que eu estou é tentando o máximo possível dar um acolhimento adequado, conversar com essa mulher, e pensar dessa forma, como eu já falei antes de tentar dar privacidade para ela, uma ambiência legal, é acolher ela como ser humano, não como um procedimento de curetagem, de abortamento em curso, de abortamento infectado, de perda, de uma emergência obstétrica, né, tratar ela como ser humano. (EO 4)

[...] E no geral, quando eu vou atender, atender a paciente acho que o que eu faço mesmo mais é dar espaço. A gente tem a questão física mesmo que a

gente trata, porque tem algumas que tem que passar por cirurgia mesmo e então eu sempre pergunto, o que que eu posso fazer para ajudar, né? [...] Porque assim, no geral, eu não tento consolar a paciente, sabe, que eu acho inconsolável, e assim, eu não tenho, não fico falando para ela, em relação que isso acontece que você pode ou não, que você pode ter outro filho depois. Não, eu não falo. Então, no geral, o que eu procuro fazer é perguntar como ela está se sentindo, o que que eu posso fazer por ela, se ela acha que precisa de mais algum apoio, além da nossa equipe, de quem está lá, da psicologia do serviço social. (EO 5)

[...] Aí que eu recebo o paciente, converso. A gente sempre pergunta se ela quer fazer xixi, porque o banheiro é muito longe. Na nossa precariedade do espaço faz com que ela fique num quarto que não tem banheiro né, mais perto da porta que ela entra do que o quarto que ela vai ficar. Aí eu sempre converso com ela para ver se ela entende o que está acontecendo, e se ela fisicamente como que ela está se sentindo, se ela tem alguma dor, se ela está com sangramento, né? A gente tem que fazer uma avaliação física. [...] Claro, a negação é muito comum e ela envolve essa questão de não compreender o processo. Não vou dizer que ninguém explicou para ela, mas a negação é muito presente de né, de não se preocupar, de não querer pensar no processo. Processo de como vai ser, de como que foi. É, eu sempre tento esclarecer a causa objetiva, sim, só um abortamento de primeiro trimestre, muito provavelmente não foi algo que ela fez ou o que ela deixou de fazer, é fisiológico né, o corpo vai liberar, né? Se é o abortamento legal, a gente está ali no intuito de cuidar dela, de proteger ela, de visualizar ela. Isso é um óbito fetal, né, que a causa agora não é a questão, mas sim, que a gente possa atender da melhor forma possível naquele momento para evolução do trabalho de parto dela. E aí depois, se ela quiser necrópsia, se ela quiser, é...uma especificação dessa causa morte a gente pode buscar. [...] Acho que a primeira coisa que eu sempre faço é tentar compreender o quanto ela tem noção não só do processo físico mas do processo emocional e o que aquilo quer dizer, entendeu? É que ela vai ter contrações, ela vai estar sentindo que o processo ele é invasivo, que ele é demorado, então eu tento entender como ela está, com é a visão dela do processo e tento orientar ela sobre problemas na prática, o que a gente vai fazer na teoria, na parte subjetiva a gente não consegue elaborar isso pra ela. [...] No abortamento de primeiro trimestre é comum a culpa, sabe, elas se sentirem culpadas, que elas fizeram faxina, teve relação sexual, ignorou um pequeno sangramento que aconteceu e a gente sabe que eles são fisiológicos. Muito sangramento, um pouco de sangramento, não quer dizer nada, entendeu? Se o corpo, ele entende que precisa liberar aquela gestação e impedir o desenvolvimento, ele vai fazer. Então eu tenho que deixá-las mais claras em relação a isso, sabe? Para que pelo menos elas não tenham nenhum, não carreguem uma culpa nesse processo. [...] Eu explico a provável forma, além da colocação do misoprostol intravaginal, para abertura do colo para fazer a curetagem, que a curetagem é um procedimento simples, mas que a preparação do colo muitas vezes é mais demorado do que a gente gostaria. Para minimamente eu entender porque ela já está numa condição, né, é... peculiar e ainda ficar escuro com o que vai ser feito com ela é muito complicado. [...] Acho que a potencialidade é, sem dúvida a humanização, né, esse cuidado com eu esclarecer essa mulher, com permitir o desejo e direito dela nesse momento, sabe? [...] pra ela não se surpreender com que o serviço vai oferecer para ela, que vai ser colocado o comprimido, como que vai ser a indução, que ela vai poder ficar com acompanhante, que ela pode ver o corpo né ou não, enfim. Onde acomodo, com que ela desejava, mas muito no sentido de esclarecer o processo. Aí porque é tudo muito obscuro, né, o parto em si, que, teoricamente é uma coisa mais comum, é... muitas mulheres já não têm a compreensão de como vai proceder na forma prática. [...] A gente tenta colocar a técnica não farmacológica, para alívio da dor, tentar preservar aquela mulher e tudo o que puder oferecer. Mas o que eu acho que o serviço

em si, os próprios protocolos de assistência, eles não preservam tanto a mulher, porque você pode colocar mais de um comprimido de misoprostol, por exemplo, que não vai matar o bebê, por que ele já foi a óbito, mas isso causa mais dor na mulher, entende, você pode colocar mais ocitocina porque não vai matar o bebê, então a gente, o nosso limite da indução durante o trabalho de parto é um risco de matar o bebê. Se o bebê está em óbito, as pessoas tendem a ter menos cuidado com isso. Eu acho que falta um pouco uma questão, eu como a maioria dos enfermeiros e enfermeiras lá no hospital, acho que a gente tem dia que é uma ciência muito comum assim, né, de manter o cuidado, de manter a atenção, de manter o respeito, de manter né, pra favorecer o parto, porque vai ser um parto, né, de qualquer jeito, ele vai ter um nascimento, não da forma que a gente gostaria, mas vai ter nascimento. (EO 7)

[...] Então, a gente sempre tenta ver como ela está se sentindo naquele momento e a gente explica direitinho o que que vai acontecer, qual vai ser a conduta, vai ser uma conduta expectante. É... se a gente vai induzir de alguma forma. A gente tem que explicar para ela como é esse processo de indução, que ela pode sentir acolhida, a gente termina oferecendo, conversa a gente sempre com os médicos, né, com os residentes e tudo para a gente ofertar algum método de alívio da dor. Então, às vezes a gente entra com alguma medicação para aliviar a dor ali, porque ela já está com o sofrimento, né, emocional, uma perda e mais a questão da indução ou da dor do processo realmente ali do nascimento. E para ela é mais doloroso, né, então, a gente sempre tenta trazer esse lado mais humano mesmo, assim tratar ela de forma diferenciada, porque é um caso uma situação diferenciada né, e ela precisa dessa atenção, sabe? (EO 8)

[...] sempre procuro explicar o que que vai acontecer com ela ali, qual que é o objetivo dessa internação. É, e sempre encaminho para a psicologia, né? [...] e nesse período a gente, como eu te falei, tento deixar a mulher o mais, é... possível de privacidade, que ela fica sozinha no quarto. É, e aí a gente vai acompanhando-a no decorrer do plantão, né? Quando acontece a expulsão, ela é encaminhada para a sala cirúrgica, faz a curetagem. De modo geral, elas não permanecem, elas não vão para o alojamento, elas recebem alta do próprio Centro Obstétrico, né? O que eu acho uma coisa muito boa assim, né, que elas conseguem ir direto para casa. [...] No óbito fetal a gente realiza também da mesma forma, o acolhimento dessas mulheres. A gente procura colocar ela sempre em um leito isolado, geralmente de PPP, né? De parto, pré-parto, parto e pós-parto. É... sempre com um acompanhante presente, né? E aí essas mulheres, a gente preza pelo parto normal, né, pelas questões fisiológicas e que seria melhor para ela ter um parto, né? E aí a gente consegue, nesses casos, por ser um óbito fetal, oferecer alguns medicamentos, né, que a gente não consegue fazer em uma mulher que está em trabalho de parto de um bebê vivo, né? Então, de modo geral, elas pedem com mais frequência medicações, né, para ficar mais sonolentas. É, então a gente consegue fazer essas medicações, dentro desse contexto de assistência e aí a nossa prestação de assistência é a mesma de uma mulher que está em trabalho de parto, né? Então a gente presta toda a parte de métodos não farmacológicos de alívio da dor, apoio emocional, então, ficamos com ela em todos os momentos. Quando o bebê nasce é que difere, né? Então, a gente, assim, nós, no nosso plantão, como eu falei, não sei como acontece nos outros, mas a gente sempre conversa com as mulheres antes delas induzirem o parto. [...] Elas solicitam, às vezes, troca de acompanhante, tipo: "Ai, a minha mãe está lá embaixo. Eu queria muito que ela subisse". A gente permite que suba, né? Então a gente coloca muito, se coloca muito à disposição. (EO 9)

[...] Não é fácil, principalmente o nascimento. Ali, o parto né, geralmente é parto normal mesmo. Na maioria das vezes que o bebê já está em óbito. Não

é fácil, não é fácil. Eu percebo assim até às vezes, dependendo de quem está ali, junto com a paciente que fica um pouco assim, meio que... O atendimento às vezes é diferente que algumas pessoas evitam assim por ser óbito, sabe? Mas a gente também procura deixar a paciente, mas mais com o familiar sozinho, assim. Também depende do retorno dessa paciente. [...] É, então eu chego, eu me apresento, converso com ela, tento ouvir a história dela. Tento esperar ela falar quando quiser. Sempre pergunto para ela se ela quer conversar com a psicóloga, mas no final das contas, eu acabo sempre, mesmo quando elas não querem, que eu acabo, assim, meio com receio assim, de não ser especialista na saúde mental, né, eu acabo chamando, mas na verdade, a maioria também quer. [...] geralmente a indução de parto eu explico para ela como que vai ser e assim, quando está em trabalho de parto, entra em trabalho de parto, tento oferecer também o máximo que eu posso de massagem, chuveiro, tudo o que a gente ofereceria para as outras mães que estivessem com um bebezinho. [...] O que modifica é que da mulher em abortamento não vai ter aquele trabalho de parto mesmo. Vai ser mais começar o sangramento. A gente vai fazer a cureta, explica como que é, e dependendo da anestesia e, de repente, ela já pode ir embora para casa. É mais ou menos o mesmo procedimento em relação a isso, a única coisa que eu vejo diferente, igual tinha falado, um suporte emocional. Às vezes eu vejo que, na maioria das vezes, para essa mulher de aborto é menor do que é para outra, de um óbito assim. [...] Ali a gente tem muita autonomia em relação a isso, de colocar o miso, e explicar para a mulher como que vai ser, falar sobre o jejum, se eu vejo que vai demorar, e ela está com fome eu mesmo converso com o anestesista, libero uma dieta líquida para ela, uma gelatina que seja. Estou sempre ali. Eu acho que isso do enfermeiro ali porque né, é geralmente em outros lugares, eu vejo que é um enfermeiro para cuidar de mais do que a gente cuida, mais do que a gente atende. (EO 10)

[...] Então eu explico certinho para ela, ó vai ser miso de 4 em 4 horas. E o miso é colocado pela vagina. Eu preciso colocar lá no teu colo do útero, você vai sentir cólica quando você vai sangrar, me avisa, que daí já dá para fazer o procedimento é, por enquanto eu posso te dar a sua dieta líquida por conta do procedimento que você vai passar, eu explico como que é uma curetagem e, for o caso, né, o tipo de anestesia que é, a duração do procedimento. [...] Tipo, explico como que vai ser o procedimento dos comprimidos e falo qualquer coisa estou aqui, pode me chamar, apertar a campainha se ficar com cólica, enjoo, pode falar também que a gente faz medicação para melhorar, para amenizar a dor, e é isso. [...] E no caso de parto, né, quando é um óbito fetal, daí a mulher passa pelo trabalho de parto, a gente induz aquele parto sim, e eu explico também que ela vai passar por um trabalho de parto. É, infelizmente, não é, tipo, o bebê não vai nascer vivo. Tem um bebê né, tipo, não vai nascer com vida e quando o bebê nasce, pergunto se ela quer ver, se ela quer segurar. (EO 11)

Outro cuidado abordado pelos enfermeiros foram os rituais realizados com o bebê em óbito após seu nascimento. Seis enfermeiros relataram meios de cuidado que encontraram para auxiliar suas pacientes e famílias na chegada e partida do recém-nato, com o intuito de auxiliar no enfrentamento da situação e criar memórias afetivas:

[...] especialmente quando tem forma de bebê, a gente costuma fazer uma lembrança, né? Umas pessoas chamam de caixa de memórias, enfim. É de tentar, quando possível, fazer o carimbo do pezinho do bebê ou da mãozinha do bebê. Se tiver cabelo, tentar tirar um tufo de cabelo do neném, é, ou

um pedaço do cordão umbilical, alguma coisa assim. É, sempre que é meu plantão eu faço isso, abro uma carteirinha, faço pulseira, pego uma touca e monto um kitzinho, assim né, que lembre esse momento, assim. Eu até, normalmente, eu escrevo o que vem do coração, mas tem uma, fiz ali uma série de sugestões de frases. [...] já fiz o carimbo da placenta, às vezes, é porque é assim, a placenta é mais difícil, porque dependendo da idade gestacional, ela não dequita inteira, né? E aí vai pra curetagem e aí ela sai toda despedaçada. Mas quando ela sai inteirinha, dá pra fazer também e fica bonito. (EO 1)

[...] É... preparar o bebê para poder receber aqui de bebê, se ela quiser ficar no colo, né, da forma menos assustadora possível, porque tem toda uma questão física, né, que acaba se modificando, explicar para ela que ela pode ficar com o bebê o tempo que ela quiser. A gente tem um hábito de fazer quando dá, né, a pintura da placenta para a mãe também, aí coloca os pezinhos do bebê. A gente tem alguns textos ali, admito que eu não tenho nada na minha cabeça assim, mas a gente tem um, ele já é meio que pré-estabelecido que a gente consegue pegar para fazer um dizer mais bonito. Eu gosto muito de oferecer tudo o que ele bebê teria se tivesse nascido vivo. Eu dou a pulseirinha, a touca, a carteirinha com os dados do nascimento, com uma lembrança de seu nascimento. E caso ela queira essa lembrança, né? Aí eu sempre ofereço uma foto. Se quiser jogar fora, tudo bem. [...] a gente tenta dar todo esse suporte físico mesmo, sabe? De respeito, de individualização, de tentar entender, de, de oferecer para essa mulher a possibilidade de elas, né, saberem que podem ver o bebê, que podem pegar o bebê, que a gente pode oferecer uma lembrança daquele momento, pra aquela mulher. Então a gente tenta ser, eu tento sempre é mostrar as possibilidades e respeitar o desejo dela, basicamente isso. (EO7)

[...] Então, a gente geralmente trabalha assim e aí, depois que tem o nascimento também, independente da idade gestacional. Às vezes é no iníciozinho da gestação, então assim, não tem um feto para ela poder visualizar nem nada, mas dependendo da idade gestacional ou quando já é um óbito fetal, é... que já está mais avançado e tudo, a gente sempre questiona com ela se ela quer ver, se ela quer pegar, se ela quer ficar. Então a gente tem muitos casos que a mãe quer ficar, né, então, a gente, é... sempre pergunta se quer ali pegar de imediato, ou então a gente arruma esse bebê, né? Leva para a salinha, arruma ele, deixa ele bem arrumadinho e leva de volta para ela, entrega pra ela, pra ela vivenciar esse luto, sabe? Então, às vezes, ela fica um tempo, fica 1 hora, a gente já fez até, tipo, contato pele a pele de bebê que nasceu em óbito fetal e a gente colocou. A mãe queria fazer contato pele a pele com ela. Ela queria muito aquele momento, então a gente colocou, fez contato pele a pele, deixou ali 1 hora, ela vivenciou todo aquele momento, né, para depois, a gente levar o bebê. [...] Eu gosto muito de tentar trazer para essa mulher uma vivência, tá que é um momento negativo. É um momento triste, é um momento de luto, né, daquela família e tudo, mas eu tento trazer para que eles vivenciem isso de uma forma menos dolorosa possível, né? Então, tipo, essa questão da gente estar trazendo algum método de alívio, é após o nascimento. Às vezes, o que eu gosto muito de fazer, coloco o pezinho faço tipo uma cartinha, e às vezes ela quer o carimbo da placenta, a gente faz o carimbo da placenta, então eu ia trazer esse lado mais, é... humano para ela ter essa lembrança. Tipo, foi um momento triste, mas era um filho que ela está perdendo, então ela não vai ter aquele filho com ela, né? De repente, a gente pode dar alguma coisa para ela, para ela ter esse sentimento de que alguma coisa existiu ali, sabe? É... as memórias, né? (EO 8)

[...] eu trabalhei no meu TCC com memory box. Não sei se você já leu e já ouviu falar alguma coisa a respeito, assim. Então a gente, é, eu acabei estudando muito essa área por conta dessa abordagem, né, de guardar

lembranças e tudo mais de perdas gestacionais e OF, né, óbito fetal e abortamento, assim. Então acho que facilitou um pouco nessa, nesse caminho, assim, de tratamento com essas mulheres, né? [...] nesse sentido de oferecer para ela todos os recursos que ela precisa naquele momento, né? E aí depois a gente sempre prepara uma lembrança para ela, né? Então hoje a gente sempre, geralmente, escreve uma cartinha, coloca junto com a touquinha do bebê, aí a pulseirinha de identificação. Algumas mulheres pedem mechinha de cabelo, né? Se o bebê tiver, a gente corta e dá. Também a gente costuma fazer um coração com o cordão umbilical, né, como deixar ele secar bem apertadinho para que elas levem para casa. [...] Então a gente, simbolicamente, faz como se fosse uma memory box mesmo, uma caixinha de memórias para essas mulheres, né? É, eu não me recordo de nenhuma vez que elas não tenham aceitado não. Geralmente, elas aceitam e inclusive pedem para que a gente entregue para elas essas memórias. (EO 9)

[...] Então eu presto toda assistência normal, assim, do trabalho de parto, claro com aquele clima ruim assim, aquele clima mais de luto, mas ao mesmo tempo eu falo, olha que lindo o teu bebê, e enquanto ele esteve com você na tua barriga, tenho certeza que você foi uma ótima mãe. Falo coisa desse tipo, tento confortar assim, chamo o bebê pelo nome assim, sabe? [...] eu pego o bebê, eu enrolo, coloco fralda, coloco touquinha, enrolo, dou para a mãe, deixo ficar com a mãe, é... faz carimbo do pezinho do bebê. É, escrevo um recadinho assim, né, de conforto para ter uma lembrança do bebê que foi tão breve, que passou por aqui tão breve. Aí eu faço, porque eu fui e vi que tem uma boa aceitação pelas mães. A família gosta de pegar a touquinha que eu usei ali para colocar no bebê, de pegar o carimbinho do pé, e até o paninho que enrolou o bebê. Eles gostam, eu sinto que as mães ficam, tipo, mais confortadas assim naquele momento, sabe. [...] E na verdade, eu, quando elas não querem ver, eu sei que daqui um pouco elas vão querer, então tudo bem, eu levo para lá ou ajeito o bebê como se fosse um bebê vivo. E ajeito bonitinho, tudo com, até converso com o bebê também. E depois, sempre elas querem ver depois, eu insisto até um pouco sabe, porque eu tenho medo que elas se arrependam depois de não ter visto o bebê dela, tipo, ficar em casa, eu não vi meu filho. Daí ficar com aquela coisa, aquela culpa, sabe? Então eu tenho que ir, converso mais, você não quer ver, tem certeza? Tem umas que querem tirar foto, eu tiro foto delas e do bebê e assim vai. (EO 11)

Cabe salientar que uma enfermeira evidencia que algumas práticas de cuidado não acontecem em perdas gestacionais mais precoces:

[...] pergunto você que ver, é?”. Posso fazer várias suposições, mas uma delas é porque, muitas vezes, na curetagem acaba vindo meio despedaçado, não dá pra ver uma forma de nada e as pessoas acabam pressupondo que aí, quem vai querer ver isso, né? Quando na verdade eu acho que deveria ser, deveria ser uma prática comum, né? Porque afinal é dela, saiu do corpo dela, independente de ter forma de bebê ou não. [...] normalmente quando a gente tem uma situação dessas, independente de ter internado no meu plantão ou não, é, eu não só pergunto como eu reforço para mulher que é direito dela ver, e segurar o bebê, tirar foto do bebê, ficar com o bebê o tempo que elas quiserem, né? Porque depois que nasce, o que a gente tem é burocrático, né? Então, para nós tanto faz fazer em dez minutos quanto dali quatro horas, né? Então, normalmente, vou falar que assim, é uma prática que deveriam fazer mais com abortamento precoce, né? Mas eu não vejo as pessoas falando: “Você quer ver o saquinho gestacional? (EO 1)

5. DISCUSSÃO

5.1 DISCUSSÃO DAS FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE CUIDAR FRENTE ÀS PERDAS GESTACIONAIS

A partir dos resultados, foi possível observar que a assistência a mulheres em situação de perda gestacional representa significativo desafio para enfermeiros, pois envolve uma gama de características próprias, que podem impactar na forma como o cuidado é desenvolvido, apresentando fragilidades durante a construção do cuidado, uma vez que a vivência da perda gestacional é carregada de simbolismos, significados e singularidades. Desta forma, é importante que a integralidade do ser seja considerada e compreendida durante o processo (MACIEL et. al, 2022).

Levando em conta as restrições individuais e coletivas observadas na assistência da equipe de enfermagem, conforme Shmalfuss, et al. (2019) apontam, se faz necessário a criação de estratégias que otimizem a díade profissional - paciente a fim de alcançar o cuidado almejado e delinear algumas alternativas como, por exemplo, a implantação do ensino do luto nas universidades, a elaboração de um protocolo específico diante do óbito fetal, o cuidado individualizado, alas específicas para receber as mães enlutadas na maternidade e compreender o luto como parte do ciclo da vida. Estas possibilidades de cuidado precisam ser executadas de forma contínua no hospital. Contudo, necessitam ter início na graduação, em sequência na pós e nos procedimentos de educação em práticas sobre a assistência no fim da vida. (ICHIKAWA et al., 2017).

De acordo com Lopes et at. (2019), algumas frases são ditas para essas mulheres na tentativa de conter os danos causados pelo ocorrido. Contudo, essas ações silenciam o sofrimento que deve ser vivido e não minimizado, tendo como consequência o prolongamento do luto, onde as mães enlutadas relatam se sentirem desamparadas, afirmando que ninguém é capaz de entender sua dor, além delas mesmas. Nesta pesquisa, os enfermeiros reconhecem a necessidade de adquirir mais informações que os possibilitem oferecer elementos do cuidado que sejam direcionados e efetivos. O treinamento apropriado da equipe profissional no cuidado a mulheres vivenciando a perda gestacional pode trazer benefícios, pois intervenções adequadas promovem maior possibilidade de redução do processo do luto (PARIS, et al. 2021).

Nota-se que acadêmicos se graduam sem vivência prática no atendimento a mulheres em situação de perda fetal e profissionais que já atuam nesse contexto sentem-se despreparados para lidar com essa situação (SHMALFUSS, et al.2019), o que vai ao encontro das falas dos enfermeiros entrevistados, assim como também a necessidade de protocolos institucionais para guiar o cuidado oferecido. No âmbito internacional, são encontrados protocolos norteadores da atuação em situações de óbito fetal e de diretrizes de cuidado, como a guideline sobre óbito fetal intrauterino do Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2010).

O estudo realizado por Aoyama et al. (2019) aponta que os profissionais de saúde podem esbarrar em dificuldades acerca da abordagem nos cuidados às pacientes em situação de perda gestacional, gerando a sensação de que os profissionais agem com frieza e indiferença, quando na verdade revelam seu despreparo ante o enfrentamento do luto e sentimentos vivenciados por aqueles que sofrem com a perda.

É importante que o profissional da saúde identifique a individualidade e humanize o atendimento, pois isso irá possibilitar que ele estabeleça com cada mulher um vínculo no qual perceberá as necessidades dela e, assim, saberá conduzir a assistência. Esta deve ocorrer de forma humanizada, não só atentando para a dor física como também para a dor psicológica, auxílio à família para se despedir do feto morto e acolhimento à mulher nesse momento (TAVARES et al., 2022).

Além das dificuldades de comunicação no cotidiano do cuidado com as mulheres e famílias diante da situação da perda gestacional, as barreiras físicas que os serviços apresentam também são fragilidades apontadas pelos entrevistados. Conforme estudo realizado por Serafim et al. (2021), além da falta de preparo, existem barreiras relacionadas ao ambiente físico dos serviços e às formas de organização do trabalho que dificultam o desenvolvimento de maneiras diferenciadas de acolhimento e impactam negativamente a criação de vínculos entre a família e a equipe de saúde.

As práticas de cuidado desenvolvidas e alicerçadas na ambiência são capazes de fomentar os direitos das mulheres e da família, como o direito da permanência de mais de um acompanhante conforme o desejo da mulher e a garantia de um quarto privativo (SERAFIM et al., 2021).

Revisão integrativa pontuou algumas barreiras que poderiam deixar o cuidado dificultoso, entre elas estão o ambiente inadequado para prestar o cuidado e promover

a assistência integral. Tem-se como ideal a oferta de um espaço acolhedor e privativo com um quarto ou enfermaria específicos para mulheres em processo de abortamento ou perda fetal, separando-as de outras gestantes ou puérperas. Esta ambiência poderia minimizar o sofrimento, permitir aos profissionais uma interação mais próxima e a efetivação do cuidado integral e humanizado (MINCOV, FREIRE e MORAES; 2022).

As instituições nem sempre possuem um local apropriado para o momento de comunicar e acolher a família em situação de óbito fetal, tendo em vista a sensibilidade, empatia e humanização necessárias para o momento. A humanização nessa conjuntura condiz com o respeito, autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade, de solidariedade, de vínculos estabelecidos e de participação coletiva no processo, sendo traduzida em práticas no cotidiano dos serviços, levando à identificação das necessidades de mudanças nos processos de produção em saúde. Assim, é importante refletir sobre a relação entre profissionais e usuárias que acontecem nos diferentes cenários do cuidado, sendo a ambiência um conceito central para pensar nessas interações (BRASIL, 2012; FERREIRA e ARTMANN, 2018; SERAFIM et al. 2021).

Nesse contexto, o conceito de ambiência proposto pela Política Nacional de Humanização é mais que um aparato físico; ele é um espaço social que vai além de composições técnicas, levando em conta as situações que se constroem no cotidiano por meio das práticas que permitem confortabilidade e produção de subjetividades (BRASIL, 2012). Discutir essa temática é uma forma de fortalecer as práticas de cuidado. Isso porque a ambiência na perspectiva da humanização favorece o modelo de atenção centrado nas mulheres, bebês e famílias que vivenciam esse processo e, ao mesmo tempo, amplia as possibilidades de compreensão das angústias, dos desafios e das barreiras que as equipes enfrentam no cotidiano dos serviços (SERAFIM et al 2021).

O contato com o bebê após o nascimento e o ato de registrar/guardar uma recordação têm sido estimulados e encorajados nos espaços de atenção obstétrica por ter impacto positivo no processo de luto (SERAFIM et al., 2021). Fornecer uma lembrança do bebê aos pais (caixa de memória), como uma fotografia, diário, impressões de mãos e pés, mecha de cabelo, livros e/ou pulseiras de identificação hospitalar é outro exemplo de conduta profissional eficaz destacada pela literatura. Essas ações permitem que os pais usufruam de momentos de interação com o filho,

criem memórias e concretização do ritual de despedida, auxiliando-os a seguir com as suas vidas (WILLIS; 2019).

Estudos discutem o papel da equipe de saúde no incentivo para que mães e seus parceiros/as tenham a possibilidade de criar memórias de seus filhos, seja através de vídeos e fotos e mechas de cabelo, seja pelo ato de ver e pegar o bebê após o nascimento, banhá-lo e trocá-lo, garantindo que seja chamado pelo nome e apresentado à família (SHOREY, et al 2017; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2010). Os rituais de cuidado com o bebê após o nascimento são apontados nas falas dos entrevistados nesta pesquisa, pois compreendem a necessidade desse elemento no processo de cuidado da mulher e família enlutada.

A necessidade de pensar as práticas de cuidado levando em conta os fatores relacionados à dinâmica e à forma de organização da atenção obstétrica é evidenciada nas falas desta pesquisa visto que não há um protocolo de cuidado bem estabelecido, e a assistência prestada é bastante intuitiva, ou seja, o cuidado é desenvolvido de acordo com as vivências de cada profissional, não tendo uma rotina estabelecida como citado nas entrevistas, dessa forma é necessário que o cuidado seja pautado na empatia e na valorização das experiências (SEFARIM et al., 2021).

Os achados nesta pesquisa apresentaram que múltiplos elementos estão envolvidos na forma como a equipe de enfermagem lida com as situações da perda gestacional, bem como evidenciaram as potencialidades envolvidas no cuidado às mulheres e famílias que vivenciam essa situação, sendo uma delas o seu papel de líder frente aos cuidados oferecidos por sua equipe de enfermagem.

Adorno et al. (2017) apontam que o enfermeiro líder, por estar presente em tempo integral ao paciente, deve estar sempre preparado a dar o primeiro apoio à mulher bem como à família, sendo capaz, dessa forma, de adicionar emoções no compromisso de promoção de assistência humanizada, mostrando o respeito e preocupação com a paciente e, por consequência, de prestar um atendimento digno e de qualidade. Isso acaba por ser apreendido e reproduzido pela equipe, assim como pelos estudantes que permeiam o cenário.

Um estudo realizado na Polônia por Jaworski et al (2022) apontou que as habilidades de liderança podem aumentar a eficácia do trabalho clínico. Além disso, as habilidades de liderança são classificadas como habilidades sociais, o que permite criar um ambiente de trabalho positivo, o qual impactará significativamente na assistência prestada. O enfermeiro, ao realizar seu processo de trabalho, enfrenta

diuturnamente a tomada de decisões difíceis e de atitudes que se fazem necessárias à viabilização do cuidado, o que envolve a articulação das atividades da equipe de enfermagem para a produção do cuidado, sendo o enfermeiro o principal responsável pelo empoderamento da equipe para que seu objetivo assistencial seja alcançado (ALEGRI et al, 2022).

A percepção dos enfermeiros sobre as necessidades de cuidado da mulher diante da perda gestacional nesta pesquisa vai além da assistência direta à mesma, mas também por garantir e permitir que se faça cumprir elementos de cuidado, sendo um deles a garantia da presença do acompanhante junto à mulher. Revisão sistemática aponta que o suporte familiar é crucial no processo de perda, que a presença do acompanhante neste momento merece atenção. O acompanhante, principalmente o parceiro dessa mulher, sofre a perda também, sofre o mesmo junto a essa mulher, porém muitas vezes de forma silenciosa. Inserir o acompanhante no processo do cuidado, buscando compreendê-lo também faz parte do apoio no cuidado dessa família que sofre a perda gestacional. (ROSA, 2020).

Nas hipóteses de perdas gestacionais e neonatais, nas quais as mulheres se encontram numa situação de vulnerabilidade ainda mais acentuada, sendo, muitas vezes, obrigadas a lidar com a dor de perder um filho e permanecer em alojamento conjunto, fica assegurado o direito da gestante de optar pelo acompanhante que melhor atenda às suas necessidades, não sendo lícito impor restrições que não tenham sido previstas pela legislação (CASTRO, 2020).

Outro ponto observado nas falas dos entrevistados foi sobre a necessidade de buscar conhecimento por iniciativa própria, seja através da leitura de artigos sobre a temática, cursos, ou rodas de conversa. Salienta-se que a capacitação profissional deve ser incentivada para que ocorra o desenvolvimento de competências e conhecimentos específicos sobre o cuidado humanizado e integral com respeito aos direitos sexuais e reprodutivos de cada mulher. Além disso, a qualificação permite à equipe de enfermagem sentir-se confiante para oferecer apoio e estabelecer vínculo com a mulher (GRIFFIN et al, 2020; MAURI, SQUILLACE, 2017).

Nesse sentido, a educação permanente é outra estratégia veiculada nos estudos para aprimorar a prática da enfermagem, bem como o apoio institucional e a disseminação de ações formativas através da promoção de estudos sobre a prática assistencial é de grande importância para qualificar a atuação da equipe de

enfermagem, proporcionando o bem-estar emocional e físico das mulheres (MAURI, SQUILLACE, 2017).

A promoção de formação, capacitação e treinamentos sobre a perda gestacional e o cuidado com a mulher que a sofre são movimentos indispensáveis para o aprimoramento de habilidades das equipes. Essas são questões que mostram que o fortalecimento nessa área pode fazer com que a prática assistencial de forma integral seja transformada, sendo a chave para uma assistência diferenciada e qualificada a essas mulheres (MACIEL et al 2022).

As vivências dos profissionais de saúde parecem contribuir, de alguma maneira, em como são conduzidos os cuidados para as mulheres com perda gestacional, como descrito por Serafim et al. (2021) em estudo realizado onde apontam que a atuação do profissional frente aos casos de óbito fetal intrauterino está atrelada a valores, crenças, cultura e sentimentos. As situações de perda são vistas de múltiplas formas, levando em conta as subjetividades e os repertórios de vivências durante a trajetória de cada um.

Assim, a prática assistencial à mulher que sofre perda gestacional se configura de acordo com a formação, entendimento da perda e a interpretação de acordo com a vivência pessoal e profissional de cada componente da equipe que desenvolve o cuidado do ponto de vista técnico, porém com vistas ao suporte emocional (MACIEL et al 2022).

Um estudo realizado na Inglaterra identificou duas abordagens realizadas de maneiras diferentes pelos profissionais da saúde no tratamento de natimortos: um discurso científico e outro tradicional. No discurso tradicional, o parto normal em natimorto foi percebido pelos profissionais como psicologicamente benéfico para as mães. Foi relatado que mulheres que escolheram a cesariana, mais tarde se arrependeram. Da mesma forma, os dois discursos diferiram sobre se as mulheres foram capazes de tomar uma decisão informada sobre a via de parto, por ser um evento estressante e com alta carga emocional. Assim, aqueles dentro do discurso científico viam as mulheres como tomadoras de decisões competentes, enquanto aqueles no discurso tradicional não (BRIERLEY-JONES et al. 2018).

O estudo acima indicado apontou que essas abordagens podem ser vistas como dois discursos. O primeiro discurso apelou para evidências científicas e de pesquisa, embora reconhecendo a escassez delas, e percebia as mulheres como tomadoras de decisão competentes, tendo emoções homogêneas, mesmo que suas

necessidades de gerenciamento fossem diferentes e, portanto, a autonomia e a escolha individual eram enfatizadas. O segundo discurso apelou para a tradição e contextos locais e, embora enfatizando as diferenças individuais, focou na normalização e orientação profissional, não colocando a mulher como protagonista durante as tomadas de decisões durante sua perda gestacional (BRIERLEY-JONES et al. 2018).

Outro estudo realizado por Oliveira et al. (2020) objetivou analisar a percepção dos enfermeiros frente à assistência de enfermagem prestada às mães passando pela perda gestacional, o qual apontou que as enfermeiras reviviam perdas pessoais e sentiam-se tocadas com a situação vivenciada pelas mães, o que implicou sentimento de empatia, resultando em tristeza, dor, comoção, choro e melancolia, além de despreparo para suporte em situações de perda gestacional.

5.2 DISCUSSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS PERDAS GESTACIONAIS

Dentre as diversas manifestações de cuidado relatados pelos enfermeiros, a comunicação foi um dos elementos em evidência. A comunicação terapêutica é uma intervenção essencial, conseguida através da disponibilidade total do enfermeiro, da sua presença constante, do contato visual e do timbre de voz adequado, de uma escuta ativa, demonstrando empatia e compreensão, assim como o silêncio quando preferível. O mesmo autor ainda aponta que o primeiro contato estabelecido entre o enfermeiro e a mulher, muitas vezes, irá determinar a qualidade da comunicação instituída (SILVA, 2018).

Assistir uma mulher com perda gestacional é uma experiência desafiadora para profissionais de saúde. Saber como comunicar, respeitar e acolher os familiares é um conhecimento essencial para a promoção de um cuidado humanizado em saúde. Desta forma, é necessário não somente ter conhecimento acerca das demandas e particularidades do luto perinatal, mas também possuir um planejamento e preparo técnico que possa guiar os profissionais através de um evento tão desafiante como é o manejo de um óbito nesse contexto (SILVA et al 2021).

Há uma serie de instrumentos validados internacionalmente, um dos instrumentos mais conhecidos quando se trata de más notícias, é o protocolo SPIKES, que foi adaptado para o uso clinico no cenário brasileiro. Tomando como base o

SPIKES, uma equipe de pesquisadores brasileiros propôs o protocolo PACIENTE (PERREIRA et al, 2017).

P - Prepare

A – Acesse o quanto o paciente sabe e o quanto quer saber

C – Convite a realidade

I - Informe

E – Emoções

N – Não abandone o paciente

TE – Trace uma estratégia

O uso de um protocolo é especialmente útil no treinamento das equipes, para guiar seu comportamento diante de uma família experimentando o luto. Para o profissional o óbito perinatal pode ser uma ocorrência que faz parte de sua rotina, mas para a família, aquele será, possivelmente, o dia mais trágico de suas vidas. Assim é necessário exercitar a empatia, dignidade e humanidade. A experiência da perda gestacional será robusta, intensa, marcante e eterna, e terão um peso maior ou menor, leveza ou dureza, tranquilidade ou dificuldade, dependendo de como a experiência aconteceu (SALGADO, POLIDO; 2018).

Levando em conta os sentimentos envolvidos durante a assistência à mulher enlutada, constatou-se nas falas que os participantes assumem a postura de se aproximarem da mulher que sofreu a perda, refletindo os sentimentos de solidariedade e empatia.

Além de sensibilidade, é necessário ter empatia, uma habilidade essencial a ser desenvolvida pelo ser humano com vistas a consolidar a base de uma comunicação efetiva entre o profissional e a mulher que passou por uma perda fetal. A ausência de julgamento prévio, a escuta receptiva e atenta, o cuidado com a comunicação não verbal, a consideração da percepção alheia sobre nossas características e o aprendizado gerado pelas próprias experiências também contribuem para desenvolver a capacidade de empatia (TEREZAM et al, 2017).

Desse modo, o cuidado à mulher que sofre perda gestacional deve ser pautado no respeito, empatia e dignidade, valorizando os sentimentos e processos que envolvem sua perda, devendo o profissional de saúde oferecer uma assistência adequada pautada na humanização e integralidade (Lopes et al., 2017).

A empatia é uma habilidade socialmente aprendida e contribui para a formação do vínculo entre usuário e profissional de enfermagem que, por sua dedicação ao bem-estar dos seres humanos, é também caracterizada como profissão de ajuda. É um instrumento de tecnologia leve, que pode ser utilizado por enfermeiros na atenção integral à pessoa, e se materializa nas atitudes de quem o aplica. Consiste no relacionamento interpessoal baseado no respeito, reciprocidade com o objetivo de ajuda, o que na assistência contribui para o cuidado resolutivo (ALBUQUERQUE et al 2019).

Os enfermeiros desta pesquisa enfatizaram a necessidade das orientações a respeito de todos às possíveis condutas e cuidados oferecidos, de fazer um detalhamento das intervenções que esta mulher poderá passar no processo de parturição. Ainda, quando a gestação está mais avançada, é rotineira a prática de ofertar momentos entre a nova conformação familiar e o acolhimento e cuidado que aquele momento pede.

Além de encarar o processo de perda e o luto, a mulher que sofre perda gestacional, a depender do período gestacional, precisa lidar com as modificações ocorridas em seu corpo, que antes gestante, e que agora precisa se restabelecer, criando memórias e desafios para esta mulher como os cuidados com abdome e involução uterina, loquiação, pontos e involução da lactação. Um processo que muitas vezes é deixado de lado ou não comentado durante esse processo em sobreposição ao luto vivenciado pela mulher (ROSA, 2020).

Em sua atuação, a equipe de enfermagem desempenha papel primordial na construção do sistema de cuidados, por ser capaz de interagir com todos os profissionais da saúde e por sua atuação, onde o enfermeiro gerencia os conhecimentos referentes ao exercício da assistência de enfermagem, realizando juntamente com sua equipe o processo do cuidado. Assim, é fundamental que o profissional de enfermagem esteja preparado e articulado em sua assistência, buscando o cuidado de forma integral para que possa oferecer uma assistência adequada, otimista e com dignidade à mulher (MACIEL et al 2022).

O contato com o bebê após o nascimento e o ato de registrar/guardar uma recordação vêm sendo amplamente estimulados e encorajados nos espaços de atenção obstétrica por ter impacto positivo no processo de luto. Dessa forma, é fundamental o papel da equipe de saúde no incentivo para que mães e seus parceiros/as tenham a possibilidade de criar memórias de seus filhos, seja através de

vídeos e fotos e mechas de cabelo, seja pelo ato de ver e pegar o bebê após o nascimento, banhá-lo e trocá-lo, garantindo que seja chamado pelo nome e apresentado à família (SERAFIM et al 2021; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2010).

Quando um bebê morre, pode haver pouca evidência visível de seu tempo com seus pais, familiares e entes queridos. As caixas de memória são uma parte importante da jornada de muitos pais enlutados, pois são um lugar especial para as famílias guardarem itens significativos que coletaram durante a gravidez, o nascimento e do bebê. A caixa de memórias, é uma caixa muito utilizada em outros países, como Inglaterra e França, e estudos revelam que esta ajuda efetivamente na expressão e na validação dos sentimentos durante o luto e é parte de um ritual de passagem para a fase de aceitação do ocorrido, os pais e familiares podem colocar o que acharem mais importante, como a primeira roupinha/manta do bebê ou algum outro objeto da criança; a primeira ecografia ou uma mecha de cabelo, o carimbo do pezinho ou da mãozinha, entre outros objetos, além de cartão com contatos de profissionais que possam auxiliar na passagem deste momento (SCAPIN et al., 2015; SANDS, 2021).

Em uma revisão integrativa realizada em 2021 Ferreira et al. apontam que o contato com o filho é relevante. A revisão ainda identificou que ginecologistas encorajavam os pais a segurar a criança morta em seus braços, além de destacar também a importância de que esse bebê fosse fotografado e recebesse um nome, ações que desempenham papel importante no processo de assimilar tudo o que está sendo vivenciado e elaborar o luto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa apontaram que os enfermeiros entrevistados compreendem a importância da sua comunicação verbal e não verbal para que essa mulher compreenda que esse enfermeiro está colocando-se e voltando-se para seu cuidado, e que, assim, ela sinta-se acolhida, envolvida no processo de cuidado e possa verbalizar suas necessidades.

Entretanto, esse profissional, por vezes, sente-se limitado, por escassez de conhecimentos, não uniformidade da assistência oferecida no local ou de elementos que vão além das suas condutas, que acabam por invisibilizar a dor que a mulher sente, não apenas durante a hospitalização no processo da perda gestacional, mas que acabam por acompanhá-la por toda uma vida.

Os enfermeiros desta pesquisa apontaram cuidados oferecidos que envolvem orientações sobre o processo de indução, do trabalho de parto e parto, o procedimento de curetagem, buscam a promoção de um ambiente respeitoso, fazendo-se presentes para que a mulher se sinta amparada e acolhida para vivenciar o processo de luto e possa ressignificar o nascimento de um bebê em óbito ou a perda precoce nos casos de abortamento.

Destacam-se a importância de capacitações e momentos de reflexões que possibilitem aos profissionais oportunidades de fala e escuta, proporcionando condições para que os mesmos sejam ouvidos. Ações como essas favorecem a assistência na perda gestacional, oportunizando aos envolvidos nesse processo a exposição de suas angústias, assegurando o enfrentamento diante de um óbito fetal ou outra adversidade que possa estar presente na prática diária.

Os aspectos emocionais configuram-se como principal desafio dos profissionais de enfermagem em relação à atenção à perda fetal. Muitos enfermeiros não se sentem preparados para a oferta dos cuidados devido à falta de qualificação e preparo profissional quanto aos aspectos físicos, clínicos e, especialmente, ao manejo das questões emocionais da paciente.

Acredita-se que, por meio desta pesquisa, os profissionais de enfermagem possam realizar uma reflexão sobre as principais dificuldades diante de uma perda gestacional durante sua prática assistencial, proporcionando a criação de rotinas assistenciais a fim de melhorar o cuidado prestado.

6.1 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A partir da realização e finalização desta pesquisa, será agendada reunião com a chefia da maternidade para apresentar a dissertação.

Serão propostos capacitações e materiais educativos para os enfermeiros que lidam com situações de perdas gestacionais, os quais estão em construção com envolvimento de alunos da iniciação científica e monografia de conclusão de curso. Será proposta também a elaboração de uma caixa de memórias para ser desenvolvida no serviço e oferecida às mulheres/famílias enlutadas.

Os resultados desta dissertação de mestrado poderão ser incorporados no conteúdo programático das aulas de graduação, assim como ser base para a realização de um evento de extensão na universidade. Não obstante, a mesma poderá ser levada às associações que envolvem os enfermeiros obstetras como a ABENFO-Paraná para propostas educativas.

7. REFERÊNCIAS

AOYAMA, E. de A. et al. A importância do profissional de enfermagem qualificado para detecção da depressão gestacional/the importance of the qualified nursing professional for detection of gestacional. Brazilian journal of health review, v. 2, n. 1, p. 177-184, jan/fev, 2019.

ALBUQUERQUE MCS, Souza DFS, Maynard WHC, Bezerra IDF, Cassimiro ATS, Cavalcante JC. Empatia dos profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência. Texto contexto enferm [internet]. 2019 [acesso 2022, 19 de dezembro]; 28:e20170406. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0406>

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Ambiência. 2. Ed. Brasília, DF: ministério da saúde; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf

FERREIRA IR, Artmann e. Pronouncements on humanization: professionals and users in a complex health institution. Ciênc saúde coletiva. 2018; 23:1437-50. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>

ALGERI EDBO, Silveira RS, Barlem JGT, Costa MCMDR, Stigger DAS, Dan CS. Authentic leadership in nurses' professional practice: an integrative review. Rev bras enferm. 2022; 75(1):e20210972. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0972pt>

ADORNO, A. et al. Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. Rev enferm ufpe on line., Recife, 11(8):3143-50, ago, 2017. Disponível em: . Acesso em: 16/12/2022.

AGUIAR, Helena Carneiro, et al. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. Estudos clínicos. 2016;21(2):264-281

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BARROS PS, et al. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2019 janeiro;53(31):20.

BERRY, Shandeigh N.; MARKO, Tara; ONEAL, Gail. Qualitative Interpretive Metasynthesis of Parents' Experiences of Perinatal Loss. Jognn, S.I, v. 50, n. 1, p. 20-29, out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 44 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde. [s.n.:s.l.], 2012

BRASIL, Ministério da Saúde, Datasus. Óbitos fetais. Brasília (DF); 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6941&VObj=h> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/fet10>

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013. Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde.[s.n.:s.l.], 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do  bito Infantil e Fetal. 2^a ed. [Internet] Brasília: MS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária   Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária   Saúde, Departamento de Saúde Materno Infantil. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BORTOLETTI, F. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. Psicologia na Prática Obstétrica: abordagem interdisciplinar.In: Bortoletti, F; Moron, A. F.;Filho, J. B.; Nakamura, M. U.; Santana, R. M.; Mattar, R. Barueri, SP: Manole, cap. 3, parte 1, 21-31. 2017

BRIERLEY-JONES L, Crawley R, Jones E, Gordon I, Knight J, Hinshawe K. Supporting parents through stillbirth: a qualitative study exploring the views of health professionals and health care staff in three hospitals in England. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;222:45-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.0070301-2115> [Links]

CASSIMIRO, P. S. et al. Reincidência gestacional entre adolescentes no município de Nova Serrana-MG. Revista Conexão Ciência Online. Minas Gerais, v. 12, n. 3, p. 76-85, 2017.

CARTER, EB; Stockburger, J; Tuuli, MG; Macones, GA; Odibo, AO; Trudell, AS. Large-for-gestational age and stillbirth: is there a role for antenatal testing? Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2019; 3: 334 – 337.

COSTA RSL, Silva JZ, Kagy EMS, Nery EN, Arruda EF. Perfil dos óbitos fetais em gestantes adolescentes no Acre no período de 2014 a 2016. Rev Enferm Contemp. 2020;9(1):9-15.

CRIZÓSTOMO CD, et al. Perfil do óbito de natimortos com enfoque nos determinantes maternos. *Revista de prevenção a infecção e saúde*. 2018;4:1-11.

FERREIRA, GE et al. A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. *Brazilian Journal Of Health Review*. Curitiba, p. 2114-2127. 27 jan 2021.

FREUD, S. *Obras Completas: Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos*. Volume 17. In: Freud, S. São Paulo: Companhia das Letras, 1926.

FLENADY, V.; GARDENER, G.; BOYLE, F. M.; CALLANDER, E.; COORY, M.; EAST, C.; ELLWOOD, D.; GORDON, A.; GROOM, K. M.. My Baby's Movements: a stepped wedge cluster randomised controlled trial to raise maternal awareness of fetal movements during pregnancy study protocol. *Bmc Pregnancy And Childbirth*, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 1-11, 21 nov. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2575-1>.

GUERRA, JVV; VALETE, COS; ALVES, VH. Socio-demographic and health profile of pregnant women in a high risk prenatal care. *Brazilian Journal Of Health Review*. Curitiba, p. 249-261. fev. 2019.

GRIFFIN G, Ngulube M, Farrell V, Hauck Y L. Caring for women through early pregnancy loss: Exploring nurses' experiences of care. *Collegian*, 2020. DOI:10.1016/j.colegn.2020.08.011

JOHNSON OP, Langford RW. A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015; 44:492-499.

JAWORSKI, M.; Panczyk, M.; Leńczuk-Gruba, A.; Nowacka, A.; Gotlib, J. The Trend of Authentic Leadership Skills in Nursing Education: The Key Role of Perfectionism and Self-Efficacy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 1989. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041989>

LAWN, Joy E., et al., 'Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count?', *Lancet*, vol. 377, no. 9775, 23 April 2011, pp. 1448–1463

LEMOS, LFS; Cunha, ACB. Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda. *Psicologia em Estudo*, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 13-22, 2015. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.23885>

LOPES, B. G.,Borges, P. K. O.,Grden, C. R. B.,Coradassi, C. E.,Sales, C. M.,& Damasceno, N. F. P. Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. *Rev Rene*. 2017 maio-jun; 18(3):307-13. doi: 10.15253/2175-6783.2017000300004

NAZARÉ, B et al. Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Perita – Revista Portuguesa de Psicologia*, v.3, p. 37-46, 2010.

MACIEL, C. G.; Oliveira, T. C. da M. de; Silva, G. B. de C.; Almeida, S. K. R. de; Souza, L. A. C. F. de. Comprehensive nursing care for women who suffer gestational loss. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 6, p. e5111628545, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i6.28545. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28545>. Acesso em: 13 dec. 2022.

MAURI PA, Squillace F. The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017 Jun; 22(3):227-232. DOI:10.1080/13625187.2017.1318846.

MALDONADO, MT. (2017). *Psicologia da Gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Editora Ideias e Letras

MARQUES, BL; TOMASI, YT; SARAIVA, SS; BOING, Antonio F; GEREMIA, DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1-8, 2021. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>.

MASSON VL, et al. Validation of local review for the identification of contributory factors and potentially avoidable perinatal deaths. *Aust N Z J Obstet Gynaecol [Internet]*. 2016; 56(3):282-8

MELO, CTV; VAZ, PRG. Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. *Matrizes*, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 91-112, 2 set. 2019. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1982-8160.v13i2p91-112>.

MONTERO SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas-Jaén AG, Rodríguez-Tirado MB. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. nov.-dez. 2011

MULLAN, Z.; HORTON, R. Bringing stillbirths out of the shadows. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9774, p. 1291-1292, 16 Apr. 2011.

OLIVEIRA, AWN.; Pontes, MTC de MP; DE Araujo, C. C.; Mello, F. da S.; DE Souza, L. C.; Reis, R. dos S.; DE Souza, R. F.; Oliveira, T. do N. Assistência de enfermagem prestada as mães de filho natimorto: percepções e visão da morte / Nursing assistance the son of mothers stillbirth: perceptions and death of vision. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 6, n. 12, p. 102086–102101, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n12-635. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22157>. Acesso em: 13 dec. 2022.

OMS. Por que precisamos conversar sobre a perda de um bebê. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>

PARIS GF, et al. Prática Profissional no Cuidado ao Luto Materno Diante do Óbito Fetal em Dois Países. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021; 74

PEREIRA, MJB; Benetti, DM; Ventura, CA; SILVA, SS. Avanços e lacunas no processo de elaboração das políticas de saúde da mulher, do Brasil, no momento da perda do período perinatal. *Transições*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, 2021.

POLIT, Denise F.. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 412 p.

PREGNANCY AFTER LOSS. <https://www.nmh.ie/>. Pregnancy After Loss. [S.l.]. The National Maternity Hospital, 2020. Disponível em: <https://www.nmh.ie/bereavement-chaplaincy/pregnancy-after-loss.15010.html>. Acesso em: 10 set. 2021.

RAJARATNAM JK; Marcus JR; Flaxman AD et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet*. 2010; 375: 1988-2008

REINEBRANT, HE et al. Making stillbirths visible: a systematic review of globally reported causes of stillbirth. *BJOG*. 2018; 125: 212 – 224.)

ROYAL College of Obstetricians and Gynecologists (UK). Late intrauterine fetal death and stillbirth. London: RCOG; 2010 Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf

ROSA BG. (2020). Perda gestacional: Aspectos emocionais da mulher e o suporte da família na elaboração do luto. *Psico FAE: Plur. em S. Mental*, Revista psicofae - v9n2 - 9. doi: 10.17648/2447 – 1798 – revista psicofae - v9n2 – 9

SALGADO, HO; ANDREUCCI, CB; GOMES, ACR; SOUZA, JP. The Brazilian 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.. *Research Square*, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 1-29, 9 out. 2020. *Research Square*. <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-86680/v1>.

SANDS. <https://www.sands.org.uk/>. Sands United (Natimortos e Neonatal Death Charity). Reino Unido: sands, 2020. Disponível em: <https://www.sands.org.uk/>. Acesso em: 10 set. 2021.

SANTOS, CS et.al.,; (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola de Enfermagem Anna Nery*. 16(2), 277-284.

SAMPAIO, A. G.; SOUZA, A. S. R. Indicação de cesareana em óbito fetal. *Rev. Bras. de Ginecol. e Obstetr.* Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 169-75, 2010.

STOCK, Sarah. Why babies die? Disponível em: <https://www.sands.org.uk/sands-research-strategy>. Acesso em: 20 set. 2021.

SERAFIM, TC et al. Attention to women in situation of intrauterine fetal death: experiences of health professionals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 1-12, fev. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>.

SILVA, R.C.A.F.; MONTEIRO, P.S. Mortalidade perinatal em gestantes de alto risco em um hospital terciário. *J Health Biol. Sci.* v.2, n.1, p.23-8, 2014.

SILVA, VC, et al. Tendências recentes dos óbitos fetais por malformações congênitas: um estudo descritivo. *Revista eletrônica comunitária inovação saúde*. 2019 out/dez;13(4):863-876.

SILVA, MM da, et al. Desvendando o Significado do Óbito Fetal para o Enfermeiro Obstetra. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2019;:724-733.

SILVA, MAP da. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR FACILITADORAS DO PROCESSO DE LUTO APÓS PERDA GESTACIONAL. 2018. 177 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2018.

SILVA, EEG da; RODRIGUEZ, GC; SILVEIRA, GB da; LAGUNA, TF dos S.; CELLA, MLSG; RANGEL, RF; KRUEL, CS Percepção de profissionais da assistência perinatal sobre más notícias e óbitos fetais. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 5, pág. e43510515101, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.15101. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15101>. Acesso em: 19 dec. 2022.

STILLBIRTH CENTRE OF RESEARCH EXCELLENCE. Stillbirth Centre of Research Excellence. Stillbirth Centre of Research Excellence. [S.l.]. Stillbirth Centre of Research Excellence, 2020. Disponível em: <https://stillbirthcre.org.au/>. Acesso em: 10 set. 2021.

STEEN, S. E. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Int J. Palliat Nurs.* v. 21, n. 2, p.79- 86, 2015.

SCHMALFUSS, JM, et.al. Women with fetal death: nurses' care limitations. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 3):365-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0261>.

SOUBIEUX, M-J. & Caillaud, I. (2015). Le groupe thérapeutique des mères endeuillées. *Le Carnet PSY*, (186).

SOUZA FN, Costa AP, Moreira A, Souza DN, Freitas F. webQDA: manual de utilização rápida [Internet]. Aveiro: UA Editora; 2016 . Available from: https://app.webqda.net/Fontes/Manual_de_Utilizacao_webQDA.pdf

SHOREY S, Andre B, Lopez V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: a scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2017;68:25-39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.007>

SCAPIN, S., Rocha, P. K., Alves, L. A., Souza, A. I. J. de, Davis, K. E., & Roland, E. J. (2015). Memory Box: a Technology for Newborn and Pediatric Care. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 19(3), 591–596. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150045>

STILLBIRTH and Neonatal Death Charity (2021). Memory Box. Retrieved from <https://www.sands.org.uk/support-you/how-we-offer-support/memory-box>

TAVARES B. S.; Lirman J. L.; Silveira M. C.; Jatobá D. M.; Hollanda L. J. de; Matos L. B. de; Silva A. J. P. da; Silva Neto J. L. da; Assis A. C. V. de; Bontempo A. P. dos S. Atuação da equipe multiprofissional na assistência à mulher perante o óbito fetal: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 3, p. e9880, 10 mar. 2022.

TEREZAM R, Reis-Queiroz J, Hoga LAK. The importance of empathy in health and nursing care. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(3):669-70. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0032

<https://www.webqda.net/>. SI. SI: webqda, 2020. Disponível em: <https://www.webqda.net/>. Acesso em: 4 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATIVE. The WHO aplicativo of ICD-10 to debates durinhos the perinatal período: ICDPM. Genova: WHO; 2016.

WHO (2021). The global health observatory – indicators neonatal mortality rate. World Health Organization . <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>.

WILLIS P. Nurses' perspective on caring for women experiencing perinatal loss. *Mcn am j matern child nurs.* 2019; 44(1):46-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531589>

APÊNDICE 1

TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Tatiane Herreira Trigueiro (professor/orientador), Ana Paula da Rosa (mestranda PPGENF-UFPR), Karine Arruda (residente multiprofissional CHC-UFPR) e Mayara Delponte Costa (aluna graduação Enfermagem UFPR) pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor(a) Enfermeiro lotado nos setores de pronto atendimento, centro obstétrico e alojamento conjunto da Maternidade do Hospital de Clínicas, a participar de um estudo intitulado: **EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO ÀS MULHERES DIANTE DAS PERDAS GESTACIONAIS**

Apresentamos essa pesquisa como uma oportunidade de rever e aprimorar a atuação dos Enfermeiros da maternidade na assistência a mulheres e acompanhantes que tiveram perda gestacional.

O objetivo geral é compreender o cuidado do enfermeiro diante da mulher que sofreu perda gestacional. Caso o(a) Senhor(a) participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista, com duração média de 30 minutos, a ser agendada de modo presencial ou remoto, na data e horário informados por você conforme sua disponibilidade dentro do prazo de coleta de dados.

Quanto aos riscos, visto que serão realizadas entrevistas nas quais o participante será convidado a falar sobre sua prática assistencial e vivências, pode gerar algum desconforto ou constrangimento. Para que sejam amenizados esses riscos, será dado ao participante a garantia de sigilo, anonimato e confidencialidade, através da identificação codificada dos participantes, e ainda a opção de desistência a qualquer momento, não havendo prejuízos institucionais para o mesmo.

Os benefícios se darão através da devolutiva da pesquisa, a qual levantará pontos assistenciais para reforço ou melhoria dos cuidados de enfermagem referentes a situações de perdas gestacionais.

As pesquisadoras responsáveis por este estudo poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, por e-mail (ana_paula0101@hotmail.com e/ou ka.aarruda@gmail.com e/ou tatiherreira@gmail.com e/ou mayaradelponte@gmail.com). Em situações de

emergência ou urgência relacionadas à pesquisa, as mesmas poderão ser contatadas pelo telefone (41)999486957 que estará disponível nas 24 horas, com acesso direto com as pesquisadoras.

Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas às 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realiza a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

O desenvolvimento do estudo foi autorizado e é de conhecimento pela Chefia de Enfermagem da Unidade Materno Infantil (UMI): Aline Menon e Letícia Siniski de Lima. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ou descartado ao término do estudo, dentro de 5 (cinco) anos. As despesas necessárias para a realização da pesquisa (transporte, impressão de material) não são de sua responsabilidade e o(a) Senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido

sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, ____/____/____

APÊNDICE 2**ROTEIRO ENTREVISTA**

Nome:

Idade:

Sexo:

Tempo de formação:

Tempo de atuação:

Especialização:

Local de atuação no hospital:

Como é para você atender pacientes que tiveram perda gestacional?

Como você se sente quando presta assistência à mulher com diagnóstico de perda gestacional?

No seu dia a dia, como você desenvolve o cuidado a mulheres/família que tiveram perda gestacional?

Quais as potencialidades e fragilidades do seu cuidado?

De que maneira você aborda a mulher para a comunicação de uma perda gestacional?

Você segue algum protocolo de cuidado diante destas situações?

Durante sua especialização, foi abordado como agir durante a assistência às mulheres diante da perda gestacional?

Gostaria de acrescentar mais alguma informação em relação a este tema?

ANEXO I

CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH
(COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL (SOUZA, MARZIALE,
SILVA, NASCIMENTO, 2021) *

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	
Cenário			

14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	
Domínio 3: Análise e resultados			
Análise de dados			
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	
Relatório			
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	

Extraído de:

*Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm.

2021;34:eAPE02631.

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>