

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BRUNA MENEZES MINCOV

PRÁTICA ASSISTENCIAL A MULHERES EM SITUAÇÃO DE PERDA FETAL E
ABORTO: REVISÃO INTEGRATIVA

CURITIBA

2021

BRUNA MENEZES MINCOV

PRÁTICA ASSISTENCIAL A MULHERES EM SITUAÇÃO DE PERDA FETAL E
ABORTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Artigo apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Helena de Souza Freire
Coorientadora: Prof^a. Suellen da Rocha Lage Moraes

CURITIBA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

BRUNA MENEZES MINCOV

Artigo apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, pela seguinte banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Márcia Helena de Souza Freire

Orientadora - Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal, UFPR

Prof^a. Doutoranda Suellen da Rocha Lage Moraes

Coorientadora - Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal, UFPR

Prof^a. Dr^a. Marilene Loewen Wall

Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal, UFPR

Prof^a. Doutoranda Gabrielle Freitas Saganski

Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal, UFPR

Curitiba, 16 de agosto de 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me mantido no caminho certo durante a minha formação acadêmica, com saúde e forças para chegar até o final.

Aos meus queridos pais, por toda a dedicação e cuidado durante a minha jornada e, pela força para superar os obstáculos que a vida me apresentou.

À minha avó por todo o amor e por acreditar que eu seria capaz de alcançar os meus objetivos.

Pela confiança depositada pela minha orientadora Prof^a. Dr^a. Márcia Helena de Souza Freire e, pela paciência e dedicação no desenvolvimento do trabalho.

À doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, Suellen da Rocha Lage Moraes, pela excelência em sua orientação e por sempre estar disposta a sanar as minhas dúvidas.

À Universidade Federal do Paraná e ao corpo docente do curso de Enfermagem, que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino e proporcionam diversas ferramentas de aprendizado para o crescimento profissional.

Aos meus colegas, pelo apoio, carinho e pela troca de conhecimento durante a nossa trajetória.

Sou eternamente grata.

*“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que
você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.”*

Martin Luther King Jr.

PRÁTICA ASSISTENCIAL A MULHERES EM SITUAÇÃO DE PERDA FETAL E ABORTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Bruna Menezes Mincov

Márcia Helena de Souza Freire

Suellen da Rocha Lage Moraes

RESUMO

Objetivo: Analisar a inserção da enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal e aborto, nos diferentes níveis de atenção à saúde. **Método:** Revisão integrativa da literatura publicada entre 2015 e 2020, com busca nas bases de dados Pubmed, Medline, CINAHL, LILACS, BVS, Embase e Web of Science, com descritores estabelecidos pelos MeSH e DeCS. **Resultados:** Selecionados 13 artigos, conforme critérios de seleção estabelecidos. Os periódicos de publicação dos artigos têm origem nacional (15,3%) e internacional (84,7%), em idioma português e inglês. Os principais resultados reportam que o cuidado integral e humanizado em situações de perda fetal, envolve: o acolhimento; as orientações; e, o esclarecimento de possíveis dúvidas. Afirma-se que o impacto emocional decorrente da perda afeta a mãe, familiares e o profissional de enfermagem. **Conclusão:** A revisão evidencia que a prática assistencial da enfermagem em situações de perda fetal e aborto representa uma experiência complexa, contudo gratificante por oportunizar um espaço de humanização do cuidado, com ênfase no sofrimento psíquico da mulher e companheiro. Apontam-se como eixos fortalecedores da qualidade desta assistência a capacitação profissional, o desenvolvimento de estudos e diretrizes sobre a prática assistencial.

Palavras-chaves: Perda Fetal; Aborto; Saúde da Mulher; Enfermagem Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério representam um momento especial para a mãe, o companheiro e/ou as pessoas próximas. Mesmo sendo prevalente a evolução da gravidez sem intercorrências, podem ocorrer alterações no desfecho fisiológico do processo gestacional, aumentando a probabilidade da incidência das complicações materno-fetais, como o abortamento, e o risco de morbimortalidade materna e fetal. ¹

A perda fetal, de acordo com a 11ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como “morte intrauterina súbita de um feto em qualquer momento da gravidez. Caso, a morte ocorra na última metade da gravidez, também pode ser chamada de natimorto”. Já o abortamento é definido como um “grupo de condições caracterizadas por uma gravidez que não resulta em descendentes vivos”. Ainda, no caso do abortamento espontâneo, o mesmo pode ser classificado como a interrupção da gravidez à partir da 20ª ou 22ª semana de gestação e/ou o feto com menor peso que 500g e/ou estatura menor que 25 centímetros. ^{2,3}

Sabe-se que a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) representa um indicador da qualidade da assistência de saúde prestada durante a gestação e o trabalho de parto, e é expressa pelo número de óbitos fetais por mil nascimentos totais, em determinada população e região. Entre 2000 a 2015, a TMF mundial decresceu, passando de 24,7 a 18,4 óbitos fetais por mil nascimentos, representando uma redução de 25,5%. No Brasil, a taxa apresenta-se estável desde 2000, com variação entre 4,9 a 5,8 por mil nascimentos até 2016. ^{4,5}

O abortamento é uma das causas obstétricas que pode levar à mortalidade materna e apresenta sua ocorrência em um quantitativo relevante. Segundo a OMS, entre 2010 e 2014, ocorreram aproximadamente 55 milhões de abortos no mundo e 45% destes foram considerados inseguros, houve predomínio na África, Ásia e América Latina. No Brasil, entre 2006 e 2015, ocorreram 770 óbitos por aborto, sendo 115 (14,9%) decorrentes de abortos espontâneos, conforme definição do CID10. ⁶

Neste cenário apontam-se como principais causas associadas à perda fetal e ao abortamento, as doenças infecciosas maternas - como a sífilis e toxoplasmose; os distúrbios hormonais, como a diabetes gestacional e o hipotireodismo; as síndromes hipertensivas como pré-eclâmpsia e eclâmpsia; além dos hábitos individuais das mulheres - como o tabagismo e o etilismo. Contudo, uma perda ou abortamento podem ser também decorrentes das anomalias congênitas, complicações durante o trabalho de parto e/ou placentárias, e da restrição do crescimento fetal. ^{7, 8}

Parte-se do princípio de que a maioria das intercorrências obstétricas apresentadas por uma mulher são passíveis de reconhecimento na esfera da assistência de saúde, sobretudo no pré-natal. Assim, a assistência qualificada durante o pré-natal poderá contribuir significativamente para a redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil, considerando-se que há maior chance de promoção de um processo gestacional seguro, com detecção precoce das alterações na saúde materna e fetal. Mas, a perda fetal pode acontecer mesmo com assistência pré-natal qualificada, integral e humanizada. Caso aconteça espera-se da equipe de saúde o diálogo sem pré-julgamentos com a mulher, parceiro e família, com demonstração de empatia e respeito, atitude de extrema importância para apoio da mulher na compreensão do fato. ^{1,8, 9}

Sob esta ótica, uma equipe de saúde que sobretudo atenda o pré-natal ou os serviços hospitalares obstétricos, deve estar orientada para compreensão dos sentimentos da mulher e da sua família, realização da assistência individualizada mediante um plano de cuidado específico com foco nas orientações clínicas, na reestruturação psicológica e, para o futuro, em um novo planejamento reprodutivo. Todavia, autores apontam que os profissionais da saúde ainda se apresentam despreparados frente a abordagem em situação de perda fetal e aborto e, o enfrentamento do luto. ^{3,10} Fazendo-se mister o processo continuado de capacitação do profissional.

Quanto à assistência, há destaque das enfermeiras devido ao tempo e a frequência do contato direto que têm com os pacientes, de maneira que torna-se uma profissional fundamental para a melhora da qualidade do atendimento. Observa-se, outrossim, que os estudos e as produções científicas relacionadas à assistência integral e de qualidade à mulher em situação de perda fetal são

escassos e, insuficientemente discutidos durante o período de formação acadêmica. Horizonte este que justifica a necessidade de sua abordagem e discussão, visando avanço na esfera do conhecimento, teórico e prático, sobre as possíveis maneiras de se planejar este cuidado.^{3, 9, 10}

Coerentemente ao exposto, foi estruturada a questão norteador do presente estudo, à partir da estratégia PICO: P(população) - Mulheres em situação de perda fetal ou aborto; I(intervenção) - Práticas assistenciais de enfermagem; Co(contexto) - todos os níveis de atenção, a saber: *Como se apresenta produção científica relativa à inserção da enfermagem na assistência a mulheres em situação de perda fetal ou aborto, nos diferentes níveis de atenção à saúde?*

Assim, o objetivo foi analisar, em produções científicas, como se apresenta a inserção da enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal e aborto, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter bibliográfico, na modalidade de revisão integrativa baseada no referencial metodológico de Whitemore (2005), com o desenvolvimento de estratégias para assegurar o seu rigor, a saber: a identificação do problema estruturando um propósito claro e especificado para a revisão, bem como a variáveis de revisão; a pesquisa de literatura, com estratégias de busca bem definidas; a pertinência do estudo, com o estabelecimento dos critérios de seleção; a análise dos dados, realizada após a ordenação, codificação e categorização dos dados, aplicando-se a comparação e agrupamento de dados semelhantes com redução, formatação para exibição, comparação; e, desenho de conclusão.¹³

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2021. Para a estratégia de busca, que recebeu apoio do bibliotecário, utilizaram-se os descritores estabelecidos pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) e pelo Descritor de Ciências da Saúde (DeCS): “aborto” (“abortion”); “Perda de Gravidez Precoce” (“Early Pregnancy Loss”); “Enfermeira (o)” (“Nurse”); “Relações Enfermeiro-Paciente” (“Nurse-Patient Relations”); e, “Perspectiva ou percepção” (“Perspective” or “Perception”), associados aos operadores booleanos OR e AND.

A seleção de dados foi realizada nas seguintes bases de dados: *US National Library of Medicine (Pubmed)*; *SciVerse Scopus*; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*; *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS)*; *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS)*; *Excerpta Medica dataBASE (Embase)* e, *Web of Science*.

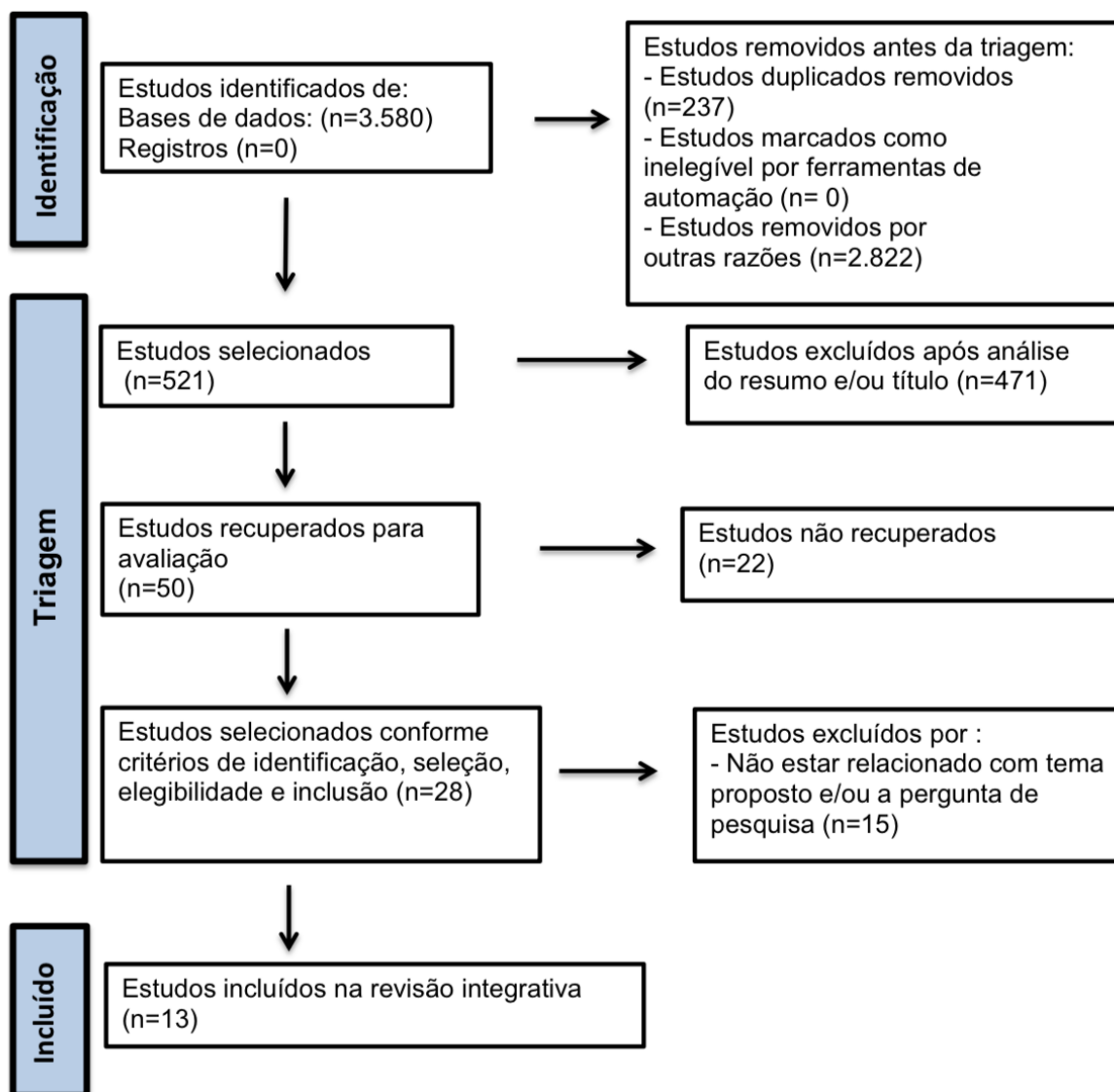
Para inclusão dos artigos foram considerados os seguintes critérios: recorte temporal entre 2015 e 2020; em idioma inglês, português e espanhol; publicações científicas que abordassem as práticas assistenciais desenvolvidas pela enfermagem às mulheres em situação de perda fetal. Os critérios de exclusão foram: constarem como editoriais, resenhas, resumos, revisões, relatos de experiência, monografias ou teses; não estar relacionado ao tema proposto e/ou à pergunta de pesquisa; e, não estar disponível *online* na íntegra.

Ainda, a fim de garantir a qualidade da revisão, o trabalho foi desenvolvido com base nas recomendações do *Guideline PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises - tradução livre), com base no *checklist* estruturado, privilegiando as etapas e abordagens essenciais e relevantes para o desenvolvimento de uma revisão e, também o fluxograma, no qual são discriminados os elementos da metodologia de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das referências.^{11,12, 27}

Foi desenvolvido o fluxograma do PRISMA (FIGURA 1), no qual são discriminados os elementos da metodologia de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das referências.^{11,12 13}

Figura 1: Fluxograma de identificação, seleção, inclusão e exclusão dos estudos da revisão integrativa segundo o *checklist* do prisma, conforme proposto por Page et al (2020) - Curitiba, PR, Brasil, 2021.

Identificação de novos estudos por bases de dados e registros



Fonte: A autora (2021), com base no Fluxograma proposto por Page et al. (2020).

O processo de análise e seleção dos estudos na revisão integrativa foi realizado à partir de 3.580 publicações, com base na pergunta de pesquisa, excluídos os duplicados (237) e, por outras razões, a saber: não se apresentarem no idioma inglês, português e espanhol; constarem como editoriais, resenhas, resumos, revisões, relatos de experiência, monografias ou teses e não estarem de acordo com o recorte temporal, entre 2015 e 2020. Mediante a leitura do título e do resumo foram excluídos 471 artigos, por não estarem de acordo com o tema proposto. Restando 50 artigos dos quais 22 não foram recuperados. Os 28 artigos restantes foram lidos na íntegra por dois revisores diferentes e, na vigência de

divergência, um terceiro revisor foi consultado, 15 deles não atenderam plenamente aos critérios de inclusão, ao tema proposto e à pergunta de pesquisa. Assim, foram analisados 13 artigos.

Após leitura atenta e análise das 13 publicações desenvolveu-se a categorização dos estudos com a coleta dos dados relevantes, organização das informações-chaves de acordo com as variáveis: título do artigo; base de dados; país, ano e língua de publicação; método de pesquisa; objetivo geral; os principais resultados; e, as principais recomendações. Sucedeu-se por fim, à interpretação dos resultados obtidos mediante avaliação crítica dos dados, promovendo a discussão e síntese dos principais resultados e recomendações desta revisão integrativa.

RESULTADOS

Os 13 estudos analisados (QUADRO 1) são de origem nacional (2) e internacional (11), em idioma inglês (11)^{14,15,17,18,19,21-26} e português (2)^{16,20}. Foram desenvolvidos nos seguintes países: África (3)^{14, 15, 25}; Austrália (2)^{18,21}; Estados Unidos (3)^{19,23,24}; Itália (1)²⁴; Canadá (1)¹⁷; Dinamarca (1)²⁶; e, Brasil (2)^{16,20}. O ano das publicações foram: 2015 (4)^{16,20,23,26}; 2016 (3)^{15,17,19}; 2017 (1)²²; 2018 (1)²¹; 2019 (1)²⁴; e, 2020 (3)^{14,18,25}. A base de dados com maior número de artigos selecionados foi Scopus (4)^{14,18,25,21}, seguida pela Pubmed e Medline (4)^{15,17,22,23}, BVS (3)^{16,19,26}, LILACS (1)²⁰ e CINHALL (1)²¹.

Quadro 1: Publicações científicas segundo o número de ordem, título, país e ano de publicação, base de dados e método utilizado, Curitiba, PR, Brasil, 2021.

Número Ordem	Título	País/Ano de publicação	Base de Dados	Método
P14	<i>'I guess we have to treat them, but ... ': health care provider perspectives on management of women presenting with unsafe abortion in Botswana</i>	África, 2020	Scopus	Qualitativo/ Descritivo

P15	<i>Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana</i>	África, 2016	Pubmed/Medline	Qualitativo/ Descritivo
P16	Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem	Brasil, 2015	BVS	Qualitativo/ Descritivo
P17	<i>Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage</i>	Canadá, 2016	Pubmed/Medline	Qualitativo/ Descritivo
P18	<i>Caring for women through early pregnancy loss: Exploring nurses' experiences of care</i>	Austrália, 2020	Scopus	Qualitativo/ Descritivo
P19	<i>Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss</i>	EUA, 2016	BVS	Qualitativo/ Descritivo
P20	Percepções da Enfermagem sobre Gestão e Cuidado no Abortamento: Estudo Qualitativo	Brasil, 2015	LILACS	Qualitativo/ Descritivo
P21	<i>Bringing together the 'Threads of Care' in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs</i>	Austrália, 2018	Scopus	Qualitativo/ Descritivo
P22	<i>The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study</i>	Itália, 2017	Pubmed/Medline	Qualitativo/ Descritivo
P23	<i>Calculus formation: nurses'</i>	EUA, 2015	Pubmed/Medline	Qualitativo/ Descritivo

	<i>decision-making in abortion-related care</i>			
P24	<i>Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss</i>	EUA, 2019	CINHAL	Qualitativo/ Descritivo
P25	<i>Resilience or detachment? Coping strategies among termination of pregnancy health care providers in two South African provinces</i>	África, 2020	Scopus	Qualitativo/ Descritivo
P26	<i>Deciding treatment for miscarriage - experiences of women and healthcare professionals</i>	Dinamarca, 2015	BVS	Qualitativo/ Descritivo

Fonte: A autora (2021)

Os temas dos estudos, que podem ser observados mediante os objetivos que foram traçados (QUADRO 2), atenderam à questão norteadora desta revisão integrativa e estão inseridos no leque da assistência às mulheres em situação de perda fetal ou aborto, nos diferentes níveis de atenção à saúde. As abordagens são diversas dentre os estudos selecionados e podem ser organizados sob as seguintes perspectivas:

- √ **Legais:** legislação sobre o aborto e seu conhecimento pelos profissionais^{14,15,20};
- √ **Profissionais de enfermagem no cuidado às mulheres em abortamento ou perda fetal:** impacto emocional; estratégias de enfrentamento frente aos desafios; reflexão sobre o papel e experiências; influência dos valores morais e religiosos; cuidados humanizados com escuta ativa, empatia e respeito; a falta de qualificação; a importância da comunicação com a mulher e parceiro para oferta de informações, percepção e dificuldades apontadas pelo profissional relacionadas à assistência ao abortamento e

orientações sobre o processo do abortamento e cuidados pós-alta ¹⁴,
15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26.

✓ **Institucionais:** organização mais adequada e acolhedora do serviço;
atendimento multiprofissional, holístico e humanizado; ^{17,18,19,20,21,24,25,26}

Quadro 2. Publicações científicas segundo o número de ordem, participantes, objetivo e principais resultados, conclusões e recomendações, Curitiba, PR, Brasil, 2021.

Número Ordem	Participantes	Objetivo	Principais Resultados	Principais Conclusões e Recomendações
P14	7 parteiras, 4 enf. gerais, 3 enf. anestesista 4 médicos	Explorar o conhecimento e, as percepções dos profissionais da saúde em relação ao aborto inseguro.	As convicções religiosas, morais e a preocupação com a segurança das mulheres influenciam na qualidade da assistência de enfermagem. Há relato de falta de clareza sobre papel legal destes profissionais na gestão do aborto inseguro.	Oos profissionais, na maioria, têm conhecimento sobre aborto e legislação, porém, as crenças prejudicam a qualidade da assistência. Os profissionais com maior preparo técnico e emocional devem estar na linha de frente do serviços de aborto.
P15	36 profissionais de saúde (obstetras, enf., parteiras, farmacêutico).	Explorar o conhecimento e percepções sobre a Lei e Política de aborto e barreiras em relação à prestação de serviços de aborto induzido.	Aponta a relevância do debate ampliado sobre a inserção na formação e, a disseminação adequada das diretrizes relacionadas ao aborto. Sugerindo que assim poder-se-á qualificar a assistência e minimizar os efeitos do "estigma por associação".	O estigma social representa uma barreira na prestação de serviços de aborto. Para a promoção de uma visão menos estigmatizante podem-se utilizar os debates e estudos mais amplos, e ainda serem estabelecidas diretrizes assistenciais.
P16	12 profissionais de enfermagem (enf. e técnicas em enfermagem).	Conhecer a percepção de profissionais de enfermagem em relação a assistência ao abortamento induzido.	Para os profissionais de enfermagem, a assistência ocorre de forma mecanicista, centrada somente na dimensão médica. Não ocorre um cuidado	Capacitar os profissionais para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos específicos sobre o atendimento humanizado ao aborto induzido.

			humanizado a partir do acolhimento e da escuta ativa.	
P17	174 profissionais de saúde (enf., parteiras e médicos).	Identificar as barreiras no atendimento ao aborto espontâneo.	Falta de confiança e conhecimento para oferecer suporte educativo sobre os cuidados frente ao aborto espontâneo, com a promoção de cuidados eficazes.	O processo educativo sobre o aborto espontâneo junto aos profissionais de saúde contribui para uma assistência livre de equívoco e, que promove a confiança para que seja promovido o cuidado efetivo.
P18	25 enfermeiras	Explorar as experiências e os desafios de profissionais de enfermagem que prestam cuidado a perda fetal e suas percepções de como a instituição de saúde poderia apoiá-los.	As enfermeiras descreveram que a assistência engloba o cuidado físico, emocional compassivo, o fornecimento de informações e avaliação individualizada das necessidades da mulher. Para elas, o desafio do trabalho está relacionado ao impacto emocional, além do ambiente inadequado e pouco tempo para fornecer o cuidado adequado.	Os profissionais de enfermagem precisam ser apoiados pelas instituições de saúde, através da capacitação contínua e a possibilidade de troca de experiências com outros profissionais, para o atendimento às necessidades físicas e emocionais dessas mulheres, sem que haja prejuízo para si mesmos.

P19	24 profissionais da enfermagem	Examinar as experiências, o significado e as consequências pessoais aos profissionais que cuidam de mulheres após a perda fetal.	O cuidado de enfermagem aos aspectos físicos, mentais, emocionais e espirituais das mulheres resulta em sentimentos positivos e negativos ao profissional de enfermagem. A oferta do apoio nesse momento difícil é um privilégio e satisfatório, porém pode ocasionar uma fadiga e sobrecarga emocional e, em alguns casos, a sensação de incompetência, exaustão e querer evitar o atendimento.	Os sentimentos negativos, como a fadiga da compaixão, refletem diretamente na qualidade prática de enfermagem, assim como no emocional dos profissionais. É necessário identificar estratégias para auxiliar as enfermeiras na manutenção do melhor cuidado, com proteção ao aspecto emocional das mesmas
P20	19 profissionais de enfermagem (7 enf. e 12 técnicos de enfermagem).	Descrever o processo de gestão e realização do cuidado às mulheres hospitalizadas.	Os profissionais de enfermagem possuem uma visão ambivalente sobre a assistência ao abortamento. Para alguns a visão discriminatória resulta em um cuidado focado na parte clínica e não há uma interação de qualidade com as mulheres, com acolhimento. Outros, já reconhecem a essencialidade de um cuidado integral e holístico,	É importante que haja articulação entre as percepções, os sentimentos e o comportamento ético dos profissionais com as ações de planejar, gerenciar e cuidar. Para isso, se faz necessária a manutenção de processos de capacitação, promovendo a confiança e preparo profissional par o cuidado.

			independentemente da etiologia do aborto.	
P21	6 profissionais de enfermagem.	Explorar as experiências de mulheres e parceiros em situação de aborto espontâneo, e dos profissionais de enfermagem da assistência.	O ambiente do departamento de emergência não é adequado para oferecer os cuidados necessários às mulheres e seus parceiros, devido à alta rotatividade e um cenário dinâmico e exigente, com recursos físicos e humanos limitados. Os parceiros relatam que as atitudes da equipe de enfermagem são impessoais e frias, com uso de terminologias clínicas, de difícil compreensão, além da falta de empatia e inclusão no cuidado profissional.	Há necessidade das políticas educativas para o aprimoramento dos cuidados prestados pela enfermagem às mulheres e seus parceiros em situação de possível aborto espontâneo.
P22	22 enfermeiras e 2 parteiras	Descrever as experiências das enfermeiras que trabalham no serviço atendendo aborto, e as estratégias utilizadas durante a assistência.	Auxiliar no processo de abortamento é um procedimento complexo para enfermeiras e parteiras. A assistência é realizada com foco na parte clínica e há uma dificuldade de obter informações sobre o histórico médico e farmacológico das pacientes, devido à	É necessário treinamento para que se evite a assistência "mecânica", privilegiando a atenção humanizada. Outras estratégias sugeridas são a colaboração entre setores primários e terciários, formação contínua e a colaboração entre a equipe multidisciplinar.

			insuficiente articulação entre a atenção primária e a terciária.	
P23	25 profissionais de enfermagem.	Compreender as perspectivas e valores conflitantes na prestação da assistência ao aborto.	Enfermeiras descreveram a assistência à perda fetal como desafiante, especialmente devido ao impacto emocional e as reações emocionais como ansiedade, tristeza, pesar e medo. As crenças e os valores morais e religiosos influenciam na qualidade do cuidado e na sua concordância com os desejos da paciente.	É significativo o desenvolvimento de exercícios de simulação, nos quais se cria um espaço neutro para os profissionais de enfermagem explorarem questões éticas desafiadoras, compartilhem suas visões e crenças.
P24	9 enfermeiras obstétricas	Descrever a experiência da assistência na perspectiva da enfermagem e sua influência na vida profissional e pessoal.	Participantes demonstraram os desafios e as dificuldades de lidar com o impacto emocional. Apontando a necessidade de maior preparo e conhecimentos para a prestação da assistência.	Exercícios, simulações e rodas de conversas com outros profissionais representam um ambiente neutro para os enfermeiros compartilharem a experiência, desafios e visões conflitantes sobre o trabalho.
P25	30 profissionais da enfermagem	Avaliar a experiência e os significados da assistência ao aborto e às estratégias de enfrentamento das emoções.	A assistência possui um grande impacto emocional na vida dos profissionais de enfermagem que realizam os cuidados. Os	Para a oferta de apoio e bem-estar para os profissionais é preciso o desenvolvimento de programas eficazes, que permitam o compartilhamento de suas

			enfermeiros obtêm força para manejar a situação, entre os caminhos está a fé, o apoio de outros profissionais de saúde e de suas famílias, e a despersonalização da situação. por medo de serem julgados e estigmatizados os profissionais encontram dificuldades de compartilhamento de sua experiência com outras pessoas.	experiências e práticas nas unidades.
P26	5 profissionais de saúde (enfermeiras e médicos).	Explorar o processo de escolha de diferentes tratamento no aborto anterior a 13 semanas de gestação, e suas implicações para os profissionais de saúde.	O estado emocional das mulheres interfere na capacidade de processar e compreender as informações fornecidas em relação aos tratamento para o aborto. A forma como o profissional de saúde realiza o aconselhamento sobre os prós e contras de cada tratamento também influencia na escolha.	É necessária a oferta de informações suficientes no aconselhamento, com os prós e contras dos tratamentos. A assistência de qualidade deve ter como foco as necessidades de cada mulher assistida.

Fonte: A autora (2021)

DISCUSSÃO

Conforme a convergência da abordagem ao tema, a categorização, e, os principais resultados dos artigos, foram organizadas para a discussão quatro pontos principais: 1. Conhecimento sobre o aborto; 2. Cuidados e desafios na assistência à mulheres em situação de perda fetal e aborto; 3. Estratégias para trabalhar com as emoções e os mecanismos de enfrentamento; e, 4. Importância da educação e preparo profissional para assistência à perda fetal e aborto.

Conhecimento sobre o aborto

O abortamento induzido representa um risco para a saúde da mulher, principalmente se realizado por profissionais de saúde não qualificados, resultando em complicações graves e no aumento da morbimortalidade materna. Além de envolver preceitos éticos, morais e religiosos, o quê pode preceder em visões negativas sobre o aborto, sua legislação e, influenciar na qualidade da prática assistencial.^{14, 15}

A legislação na Botswana, país da África, permite o aborto caso a gravidez represente um risco para a vida da mulher, em complicações fetais incompatíveis com a vida e, na gestação resultante de estupro ou incesto. Contudo, de maneira incorreta, na região, alguns profissionais de saúde acreditam que doenças mentais são uma indicação para o aborto. Na Botswana, o aborto é um ato comum, que envolve mulheres de todas as idades e classes sociais, e corresponde a um grave problema de saúde considerando as possíveis complicações, especialmente se realizado por meios inseguros.¹⁴

A legalização do aborto representa um divisor de opiniões. Alguns profissionais são contra a ideia de se legalizar o aborto devido principalmente às convicções religiosas e morais. Acreditam ainda que o fato aumentaria o índice de relações sexuais inseguras, as taxas de aborto e o desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV. Para eles, o certo seria o incentivo do uso correto da contracepção, o que evitaria a gravidez indesejada, principal motivo da realização do aborto. No entanto, alguns acreditam que frente aos altos índices de

aborto inseguro, a legalização seria uma forma de torná-lo seguro, com a redução da incidência das possíveis complicações. ^{14, 15}

A falta de uma política clara sobre o aborto também pode influenciar na assistência. No país de Gana, na África do Sul, os profissionais sentem-se confusos em relação ao seu papel no cuidado ao aborto, mesmo sendo legalizado. Há uma grande interferência do estigma social, assim como a baixa qualidade do setor público de saúde e pouco preparo e conhecimento para realizar os procedimentos. As lacunas e as interferências na lei resultam em interpretações ambíguas sobre o aborto e muitos consideram o procedimento ilegal e repreensível. A disseminação de diretrizes, além do apoio institucional, são formas de diminuir os efeitos do estigma e oferecer uma assistência segura, sem a presença de um caráter discriminatório e punitivo. ¹⁵

Assim como em Gana, no Brasil os preceitos religiosos e morais possuem uma forte influência no cuidado ao aborto induzido. Em alguns casos, as políticas de saúde e o modo de atendimento se distanciam dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a integralidade, universalidade e equidade, além de não considerarem as características e as circunstâncias socioeconômicas de cada mulher e, os seus direitos humanos reprodutivos. ^{15, 16}

Devido a falta de informações coerentes e claras sobre o aborto, as mulheres não sabem quais locais procurar para realizar um aborto seguro. Em muitos casos, ao chegar no serviço de saúde, as mulheres têm medo ou timidez. Via de regra quando procuram um profissional, em especial da enfermagem, para orientação, são maltratadas e consideradas egoístas, irresponsáveis e promíscuas, pelo fato de o aborto ser considerado um tabu e um ato vergonhoso, e assim, recorrem aos abortos clandestinos. Para alguns enfermeiros, a comunicação e o aconselhamento sobre o acesso ao aborto seguro e anticoncepção pós-aborto faria diferença, uma maneira de evitar o aumento da mortalidade materna e, educar corretamente as mulheres. ^{14, 15}

A falta de conhecimento e preparo profissional também se aplica na qualidade do planejamento e execução da assistência ao aborto espontâneo. A maioria dos profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, relatam que não possuem conhecimentos suficientes e não se sentem preparados para fornecer suporte a mulheres e famílias em situação de perda gestacional precoce,

principalmente em relação aos aspectos emocionais. Situação que reflete diretamente na qualidade do cuidado e também no comportamento das mulheres, que demonstram sentimentos de pouco reconhecimento de sua dor por parte dos profissionais. Nesse caso, as crenças dos profissionais refletem no cuidado e apoio, no aceite de que a perda por aborto espontâneo tem um impacto mais significativo nas mulheres e em suas famílias. ¹⁷

Cuidados e desafios na assistência à mulheres em situação de perda fetal e aborto

A prática assistencial em situação de perda fetal e aborto por parte do profissional de enfermagem envolve o cuidado integral e holístico, abrangendo os aspectos físico, mental, emocional e espiritual, com a avaliação individualizada e a oferta de informações corretas. Porém, esse processo pode representar uma experiência complexa para a equipe de enfermagem. ^{18, 19}

Em determinados casos, profissionais consideram que a assistência ocorre mecanicamente, centrado somente na dimensão médica. O atendimento inicia no momento da notificação do diagnóstico de perda fetal e se desenvolve até mesmo após a alta clínica, e para que seja realizado de forma humanizada, deve-se praticar o acolhimento e, o processo educativo, no qual ela e sua família são o centro do plano de cuidado e merecem ser informados de todos os passos e procedimentos a serem realizados. A escuta ativa, de forma aberta, sem pré-julgamentos ou comentários que minimizem as emoções da mulher e seus familiares, é essencial para identificar as necessidades e os anseios, bem como, para que seja desenvolvido um serviço de qualidade, o qual ultrapassa a prática habitual. ^{16,18,20}

A comunicação terapêutica, de forma clara e objetiva, é imprescindível na situação de escolha do tratamento correto em casos de abortamento, quando se faz necessário alguma intervenção. No momento da perda, a mulher pode sofrer de sangramento intenso e dores fortes, além do impacto psicológico, com a manifestação de sentimentos de angústia, culpa e vergonha, que geram dificuldades em processar as informações sobre o curso do tratamento. Com isso, o fornecimento das opções de tratamentos, com seus prós e contras, deve ser

realizado de maneira clara, com o uso de termos de fácil entendimento, sempre respeitando o seu direito de escolha e suas opiniões. ^{16,18,20,21}

O principal desafio identificado nas publicações está relacionado aos aspectos emocionais. Para os profissionais de enfermagem, presenciar a dor e o sofrimento das mulheres e seus familiares pode repercutir diretamente na capacidade de fornecer os cuidados adequados. Simultaneamente devem cuidar das necessidades do paciente e precisam lidar com suas próprias emoções. Muitos relatam a incapacidade de se desligar da experiência, pois acabam se conectando e compartilhando da tristeza e angústia daquela mulher. ^{18,19,23, 24,25}

Nesse momento se faz necessária a permanência de profissionais que conseguem de alguma maneira administrar as suas emoções, para que assim seja proporcionado o cuidado e conforto que a mulher necessita. Contudo, a prestação de cuidados holísticos e humanizados abrange o atendimento às necessidades emocionais das mulheres que se encontram em um momento vulnerável, no qual precisam de amor e conforto. Para tanto, é importante a criação de um ambiente terapêutico e de um vínculo de suporte e confiança, não só com a mulher, como também com o parceiro. ^{18,19,23, 24,25}

Entre outras barreiras descritas nos artigos estão o ambiente inadequado para prestar o cuidado e a falta de tempo para realizar uma assistência de forma integral. O ideal seria fornecer um espaço acolhedor e privativo, com um quarto ou enfermaria específicos para mulheres em processo de abortamento ou perda fetal, para separá-las de outras gestantes ou puérperas. Esta ambiência poderia minimizar o sofrimento, além de permitir aos profissionais de saúde uma interação mais próxima com as mulheres e, a efetivação do cuidado integral e humanizado. No entanto, a realidade é outra e os locais de atendimento nas unidades clínicas não são adaptados para receber as mulheres em abortamento. ^{20,21}

Em estudos sobre o contexto da assistência no departamento de emergência da Austrália e da Itália, apesar de ser frequente o atendimento às mulheres que sofreram aborto espontâneo, aponta-se que não estão preparados devido à alta rotatividade e, a necessidade de um serviço com rapidez. Isso acaba por limitar a privacidade e a oportunidade de uma avaliação completa, com o acompanhamento correto, além de facilitar a proximidade com outras gestantes. ²¹

Na emergência, a mulher precisa passar pelo processo da triagem, realizado pelo enfermeiro e na maioria dos casos, apresentam um quadro hemodinamicamente estável e com isso precisam aguardar o atendimento do médico. Nesses casos, os parceiros relatam sentir que a atitude e a linguagem da equipe de enfermagem são impessoais e frias, com uso de terminologias clínicas, de difícil compreensão, além da falta de empatia. Para estes parceiros, a condição da mulher não era considerada de necessidade para o recebimento dos cuidados de saúde, e por isto resultou em aumento da sua ansiedade e desespero. Assim, a falta de apoio e compaixão pela possibilidade de perda do bebê, assim como a de aconselhamento sobre a situação, representou uma experiência devastadora, que acrescentou mais sofrimento à circunstância.²¹

Da enfermagem na emergência é requerido o desempenho de duas ou mais funções, um cenário complexo, dinâmico e exigente, com recursos físicos e humanos limitados. O atendimento também depende da personalidade da equipe médica e de enfermagem. Apesar disso, os profissionais reconhecem a essencialidade de mostrarem mais empatia e de fornecer orientações e informações sobre o processo de aborto, seus efeitos e, o que esperar após a alta hospitalar. Para eles, o desenvolvimento de práticas de saúde criativas e inovadoras e o aumento do número de leitos no pronto-socorro para garantir a privacidade das mulheres, também possibilitaria a melhoria do atendimento.²¹

Durante o atendimento pela equipe de enfermagem também foi relatada pelos parceiros a falta de reconhecimento e inclusão no cuidado. Segundo eles, foi necessário assumir uma postura mais firme e disfarçar os seus sentimentos, como forma de apoiar e cuidar de suas parceiras, como se suas próprias emoções não fossem significativas. É importante que a equipe de enfermagem reconheça o parceiro, seu bem-estar emocional e seu papel como pai. Considerando que para eles o processo de perda causa um impacto psicológico igualmente ao da mulher. O homem representa uma parte essencial no cuidado e merece participar do processo de acolhimento. A atenção que ambos recebem terá influência significativa na forma como enfrentam o luto e no planejamento familiar futuro.²¹

22

A última barreira descrita nos estudos selecionados inclui a falta de conhecimento e confiança dos profissionais de enfermagem para assistência à

perda fetal e em especial, o abortamento, seja espontâneo ou induzido. Isso pode estar relacionado às atitudes e conflitos éticos, morais, pessoais e espirituais da equipe, assim como o próprio despreparo profissional. Isso acaba por limitar o acesso aos cuidados e afeta a compreensão sobre o significado da perda para a mulher e família, com a minimização da dor e incerteza sobre o que essa perda representa. A confiança, o conhecimento e a compreensão dos profissionais de saúde são fatores essenciais para fornecer uma assistência de qualidade. ^{15, 17, 23}

Estratégias para trabalhar com as emoções e os mecanismos de enfrentamento

Como já visto, o impacto emocional decorrente da perda fetal não atinge somente as mulheres, mas também aos profissionais de enfermagem que realizam os cuidados a essas mães. Este trabalho possui uma realidade profundamente sentimental e estressante, que exige uma adaptação por parte do enfermeiro (a), para que administre suas emoções e consiga atender às demandas de seu papel. ^{18,19}

O suporte psicológico às famílias enlutadas apresenta diversas dificuldades e pode ser um processo muito exigente, especialmente para aqueles que realizam o atendimento pela primeira vez e sentem não ter as habilidades suficientes para realizar o atendimento. Enfermeiras e parteiras relatam a experiência como gratificante, mas ao mesmo tempo complexa e tocante, como no caso de abuso e agressão sexual, no qual o trauma e a tristeza podem ser mais profundos. Nesse momento, os profissionais esperam ter oferecido uma experiência decente e ajudado de alguma forma, pois é um momento marcado por perdas terríveis para as mulheres e seus familiares. ^{18,19}

O cuidado inicia com o reconhecimento dos sinais de perda fetal, conforme as queixas da mulher, como a diminuição dos movimentos fetais. Nessa etapa, a ansiedade e o medo já surgem, com a crescente esperança de localizar os batimentos cardíacos do bebê e pode ser difícil permanecer objetiva e esconder as suas emoções. A criação do vínculo emocional com a mãe inicia nesse momento, com a oferta do conforto, amor e apoio, entendendo que, em muitos casos, as lembranças da história dessa mulher permanecem por anos e até mesmo, por toda a vida. ²⁴

Porém, os estudos descrevem sentimentos negativos por parte dos profissionais, relacionados ao cuidado de mulheres que vivenciam a perda fetal, como a ansiedade, raiva, tristeza intensa, frustração e impotência, além do próprio desejo de evitar o atendimento. Sugere-se que a enfermeira que atende uma paciente em situação de abortamento ou natimorto, no momento seguinte, deve realizar um parto de um bebê com vida, estratégia que também pode ser emocionalmente desgastante. ^{19,24}

Diante disso, a busca por mecanismos de enfrentamento para lidar com a situação é essencial para que seja possível continuar a prestar cuidados seguros às mulheres em momento vulnerável de suas vidas, assim como para evitar as consequências da sobrecarga emocional. Os estudos descreveram o relato de como os enfermeiros obtêm força para manejar a situação, entre os caminhos está a fé, o apoio de outros profissionais de saúde e de suas famílias, e a despersonalização da situação. ^{19, 25}

O trabalho em equipe pode ser uma grande fonte de apoio. Conforme apresentado pelos estudos, a oportunidade de compartilhar os pensamentos e sentimentos auxilia na reflexão sobre suas experiências e habilidades profissionais de uma forma significativa. A busca por apoio como estratégia de enfrentamento ocorre de várias formas, como o pedido de apoio aos colegas, à gerência, à família e, aos amigos, bem como, valer-se de sessões em grupos com a presença de um psicólogo para o esclarecimento de dúvidas e aprendizado com a experiência de outros colegas. ¹⁹

Há relatos profissionais de frustração com a falta de suporte gerencial e dos mecanismos organizacionais para atender as necessidades evidenciadas. Para eles, a equipe de gestão minimiza a valorização do impacto emocional decorrente da assistência à perda fetal. Entende-se que a enfermagem precisa ser apoiada em seu trabalho pelas instituições de saúde, para continuar a atender às necessidades físicas e emocionais dessas mulheres, sem prejuízo para si mesmas. ²²

Outra estratégia de enfrentamento seria a religião, a qual auxilia na compreensão do significado das ações das pessoas e das contradições da vida, bem como a reduzir a carga emocional. A fé pode oferecer conforto e apoio para os profissionais e ajudar a lidar melhor com o estresse do trabalho. ²⁵

As atividades de lazer e autocuidado como ler, cozinhar, ir ao cinema, conectar-se com a família e amigos, também representam uma forma de desapegar da experiência desagradável. Porém, alguns profissionais, principalmente aqueles que trabalham na atenção ao abortamento, encontram dificuldades em compartilhar sua experiência com familiares e conhecidos, por medo de serem julgados e estigmatizados e, para evitar conflitos relacionados ao assunto. Nesses casos, acabam por não compartilhar seus sentimentos e recorrem ao silêncio, o que resulta no aumento da sobrecarga emocional e tensão psicológica. ^{22,24,25}

Importância da educação e preparo profissional para assistência à perda fetal e aborto

Por outro lado, de acordo com os estudos selecionados, os profissionais de enfermagem consideram a habilidade de cuidar da mulher em situação de perda fetal e aborto como um dom natural e um privilégio. E, para tanto, enfatizam que a experiência profissional e a capacitação fazem uma grande diferença no momento de prestar a assistência, especialmente valorizando as especializações em áreas de obstetrícia, saúde mental e, até mesmo, cuidados paliativos. A experiência pessoal, com a maternidade, a gestação e as perdas fetais também auxilia no desenvolvimento de uma prática humanizada e integral. ¹⁸

No entanto, muitos profissionais não se sentem preparados para oferecer os cuidados necessários a essas mulheres, devido à pouca familiaridade com os procedimentos realizados, instrumentos e medicamentos administrados, mas principalmente, sobre como lidar com os aspectos emocionais da paciente e com os seus próprios sentimentos. A falta de qualificação profissional pode afetar a qualidade da assistência prestada, focada somente na parte clínica e isso pode causar ansiedade e medo tanto na mulher e sua família, como na equipe de enfermagem. ^{16,19,24}

Neste sentido, é relevante que a assistência seja prestada por uma equipe multidisciplinar, com a presença de médicos, enfermeiros e psicólogos, o trabalho em conjunto propicia o atendimento às dimensões do cuidado e permite a discussão de casos com troca de experiências e opiniões. ^{16, 18, 21}

A capacitação profissional deve acontecer na formação acadêmica, para que haja o desenvolvimento de competências e conhecimentos específicos sobre o cuidado humanizado e integral, com respeito aos direitos humanos sexuais e reprodutivos de cada mulher, assim como os princípios bioéticos e para que possam ser promovidos pontos de vista menos estigmatizantes. Além disso, a qualificação permite que ao realizar o atendimento em caso de perda fetal e principalmente abortamento, a equipe de enfermagem sintam-se confiantes e saiba como fornecer o apoio, para assim, estabelecer o vínculo com a mulher e familiares. ^{16, 18, 22}

Outra maneira indicada pelos estudos para aprimorar a prática de enfermagem é por meio de um treinamento contínuo, com interação entre os profissionais de diversas áreas, permitindo o aprendizado por meio da troca de experiências e opiniões sobre o assunto. O apoio institucional e governamental, com a disseminação adequada das diretrizes existentes e a promoção de mais estudos sobre a prática assistencial, torna-se de grande importância para melhorar o atendimento da equipe de enfermagem, para que seja possível proporcionar o bem-estar emocional e físico das mulheres, seus parceiros e seus familiares. ^{16, 22, 24}

Conclusões

A assistência de enfermagem à mulher com diagnóstico de perda fetal e aborto representa um desafio para a equipe multiprofissional em relação aos aspectos fisiológicos e psicológicos, mas também, relativos aos bioéticos, como no caso do abortamento induzido. A partir dos temas abordados pelas publicações selecionadas nesta revisão integrativa foi possível compreender a importância do cuidado integral e humanizado em situações de perda fetal e aborto, o qual envolve o acolhimento, as orientações claras e objetivas e o esclarecimento de possíveis dúvidas. O impacto emocional decorrente da perda não afeta somente a mãe e seus familiares, como também o próprio profissional de enfermagem que presta os cuidados.

A atenção ao abortamento induzido envolve preceitos morais e religiosos, o que pode preceder em visões negativas sobre o aborto e influenciar na qualidade da prática assistencial. Nessa situação, o profissional deve oferecer o melhor cuidado possível, pautado nos conceitos de beneficência e maleficência, com

respeito a autonomia da mulher. Porém, isso não é uma questão fácil e pode afetar a concretização da atenção, resultando pela busca por procedimentos clandestinos e perigosos, realizados em locais sem as condições necessárias de higiene e segurança, podendo ocasionar consequências graves para as mulheres.

O principal desafio dos profissionais de enfermagem para esta assistência está relacionado aos aspectos emocionais. Para os mesmos, presenciar a dor e o sofrimento das mulheres e seus familiares repercute na maneira como a assistência é desenvolvida, pois além de ser necessário o cuidado às necessidades da mulher, também o é trabalhar as suas próprias emoções. Frente a isso, encontrar estratégias de enfrentamento como a fé, atividades de lazer e o apoio de outros profissionais de saúde, amigos e familiares pode auxiliar a evitar as consequências da sobrecarga emocional, e assim ser possível a continuidade dos cuidados necessários.

Muitos enfermeiros não se sentem preparados para a oferta dos cuidados às mulheres em situação de perda fetal, devido à falta de qualificação e preparo profissional quanto aos aspectos físicos, clínicos e, especialmente, para o manejo das questões emocionais da paciente. Com isto ficam abalados emocionalmente, de maneira a interferir no planejamento do cuidado, voltando atenção para a parte clínica de maneira mecanicista, sem praticar o acolhimento humanizado e integral e manter o foco na comunicação e suporte emocional às mães e familiares.

Implicações para a prática profissional da enfermagem

A capacitação profissional deve ter como base o período de formação acadêmica, com o desenvolvimento do conhecimento e das competências para um cuidado humanizado e integral, com a abordagem aos aspectos psicossociais, aplicando-se técnicas de comunicação terapêutica, com foco no cuidado emocional, além do respeito aos direitos humanos sexuais e reprodutivos, e aos princípios bioéticos. Neste aspecto, é oportuna a interação com profissionais das diversas áreas de formação, considerando que a troca de experiências e opiniões contribui com o aprimoramento do aprendizado. A disseminação das diretrizes de cuidado e a promoção de estudos inovadores sobre a prática assistencial na perda

fetal e no aborto constitui-se em outra vertente potencial para o fortalecimento da qualidade da assistência.

Conclui-se que apesar da prática assistencial representar uma experiência complexa, também é muito gratificante para a enfermagem e enfermeiros terem a oportunidade de estarem presentes e oferecer cuidado e suporte em um momento no qual as mulheres sentem-se vulneráveis e necessitam de amor e conforto. É indispensável ao profissional de enfermagem que esteja preparado para o atendimento humanizado e integral, contemplando os aspectos físicos e o sofrimento psíquico da mulher, seu parceiro e família. E ainda, que desenvolva estratégias para o cuidado próprio, de seu bem-estar emocional e físico.

REFERÊNCIAS

1. Calegari RS, Gouveia HG, Gonçalves AC. Intercorrências Clínicas e Obstétricas vivenciadas por Mulheres no Pré-Natal. Rev Cogitare Enfermagem. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08. Available from: revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44604.
2. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh revision, 05/2021. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1947342847>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Brasília, 2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.
4. Barros PS, Aquino EC, Souza MR. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2019;53:12. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000714.
5. Marques LJP, Silva ZP, Alencar GP, Almeida MF. Contribuições da investigação dos óbitos fetais para melhoria da definição da causa básica do óbito no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2021; 37(2):e00079120. DOI:10.1590/0102-311X00079120.

6. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36 Sup 1:e00188718. DOI:10.1590/01002-311X00188718.
7. Maslovich MM, Burke LM. Intrauterine Fetal Demise. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020 Nov 8. Available from: : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557533/>.
8. Ota E, Lopes KS, Middleton P, Flenady V, Wariki WM, Rahman MO et al. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Dec 18;12(12):CD009599. DOI:10.1002/14651858.CD009599.pub2.
9. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Rev. Esc. Anna Nery*, 2021;25(1):e20200098. DOI:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.
10. Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. “The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women and Birth*. 2019 Apr;32(2):137-146. DOI:10.1016/j.wombi.2018.06.006.
11. Galvão TF; Pansani TSA; Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv Saúde*, [s.l.], v. 24, n. 2, p.335-342, jun. 2015. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-962220150002003.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 2021; 372: n71. DOI:10.1136/bmj.n71.
13. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 Dec;52(5):546-53. DOI:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
14. Ngwako K, Banke-Thomas A. 'I guess we have to treat them but...': health care provider perspectives on management of women presenting with unsafe abortion in Botswana. *Glob Public Health*. 2020 Sep;15(9):1308-1321. DOI:10.1080/17441692.2020.1751863.

15. Aniteye P, O'Brien B, Mayhew SH. Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2016 Sep 10;16(1):486. DOI:10.1186/s12913-016-1733-7.
16. Silva EF, Trevisan DC, Lorenzini E, Pruss ACSF, Strapasson MR, Bonilha ALL. Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: percepção de profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, 2015 Jul./Set.;5(3):454-464. DOI:10.5902/2179769214801.
17. Engel J, Rempel L. Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2016 Jan-Feb;41(1):51-7. DOI:10.1097/nmc.0000000000000207.
18. 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.
19. Hutti MH, Polivka B, White S, Hill J, Clark P, Cooke C et al. Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016 Jan-Feb;45(1):17-27. DOI:10.1016/j.jogn.2015.10.010.
20. Strefling ISS, Filho WDL, Kerber NPC, Soares MC, Ribeiro JP . Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: Estudo Qualitativo. *Text Context - enferm*, 2015 Jul-Sep; 24(3): 784-91. DOI:10.1590/0104-07072015000940014.
21. Edwards S, Birks M, Chapman Y, Yates K. Bringing together the "Threads of Care" in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs. *Collegian*, 25(3), 293-301, 2018. DOI:10.1016/j.colegn.2017.09.004.
22. 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.
23. Mclemore MR, Kools S, Levi AJ. Calculus Formation: Nurses' Decision-Making in Abortion-Related Care. *Res Nurs Health*. 2015 Jun;38(3):222-31. <https://doi.org/10.1002/nur.21655>. PMID: 25820100.
24. Willis P. Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2019 Jan/Feb;44(1):46-51 DOI:10.1097/NMC.0000000000000490.

25. Teffo M, Rispel L. Resilience or detachment? Coping strategies among termination of pregnancy health care providers in two South African provinces. *Cult Health Sex.* 2020 Mar;22(3):336-351. DOI:10.1080/13691058.2019.1600720.
26. Olesen ML, Graungaard AH, Husted GR. Deciding treatment for miscarriage - experiences of women and healthcare professionals. *Scand J Caring Sci.* 2015 Jun;29(2):386-94. DOI: 10.1111/scs.12175.