



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

NATASHA LUNARA MACHADO E SILVA

**VIVÊNCIA DO CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE ÓBITO FETAL:
RELATO CRÍTICO-REFLEXIVO À LUZ DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE
WALDOW**

Brasília-DF
2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

NATASHA LUNARA MACHADO E SILVA

**VIVÊNCIA DO CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE ÓBITO FETAL:
RELATO CRÍTICO-REFLEXIVO À LUZ DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO DE
WALDOW**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^ª. Adj. Rejane Antonello Griboski

Brasília-DF
2022

SS586v Silva, Natasha
Vivência do cuidado à mulher em situação de óbito fetal:
relato crítico-reflexivo à luz da Teoria do Cuidado Humano de
Waldow. / Natasha Silva; orientador Rejane Griboski. --
Brasília, 2022.
38 p.

Monografia (Graduação - Enfermagem) -- Universidade de
Brasília, 2022.

1. Luto. 2. Saúde da mulher. 3. Óbito fetal. 4.
Humanização da assistência. 5. Teoria de enfermagem. I.
Griboski, Rejane, orient. II. Título.

NATASHA LUNARA MACHADO E SILVA

Silva, N.L.M.: Vivência do cuidado à mulher em situação de óbito fetal: relato crítico-reflexivo à luz da Teoria do Cuidado Humano de Waldow . Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rejane Antonello Griboski

Faculdade de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem
Universidade de Brasília – UnB
Presidente da Banca

Prof^a. Dr^a. Fernanda Souza e Silva Garcia

Enfa. Obstetra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SES/DF
Membro Efetivo da banca

Prof^a. Dr^a. Lara Mabelle Milfont Boeckmann

Faculdade de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem
Universidade de Brasília – UnB
Membro Efetivo da banca

Prof^a. Dr^a. Aline Oliveira Silveira

Faculdade de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem
Universidade de Brasília – UnB
Membro Suplente da banca

Brasília, 13 de setembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus e em seguida amorosamente também a minha família Edna (mãe), Igno (pai) e Stéphane (irmã) e especialmente a minha parceira Amanda que me apoiou e incentivou em momentos de cansaço e dúvidas.

Agradeço carinhosamente à Maíra Figueiredo, Tamilis, Híthilla e Juliana Santana que estiveram comigo nessa jornada e sem dúvida merecem colher junto a mim os méritos e aprendizados trazidos por este trabalho de conclusão de curso.

À minha orientadora, Profa. Dra. Rejane Antonello Griboski, pela condução e apoio e às Profas Dras. Fernanda Souza e Silva Garcia, Aline Oliveira Silveira e Lara Mabelle Milfont Boeckmann por aceitarem apreciar o resultado de minhas reflexões neste relato e por serem exemplos de profissionais humanizadas e docentes que promovem o ensino do cuidado humanizado em enfermagem.

Ainda à Prof. Dra. Fernanda Souza e Silva Garcia, que atuou como minha preceptora no campo de prática do presente relato, sou grata pelo exemplo de profissional de excelência com expertise e sensibilidade, características que almejo também ter como enfermeira. Sua presença respeitosa para com a equipe de saúde, empática e prestativa para com a gestante e educativa e afetuosa para conosco, os alunos, me marcou profundamente.

Gostaria de dedicar este trabalho de conclusão de curso às mães de anjos que atravessaram o processo de óbito fetal, seja ele precoce, intermediário ou tardio, em especial a mãe de anjo que acompanhei no presente relato. E, por fim e não menos importante, Instituto do Luto Parental “Casa Mães para Sempre” cuja equipe de mulheres maravilhosas me ensinou o quão fundamental é, como profissional da saúde, a sensibilidade empática e a oferta do cuidado humano por meio do acolhimento e da escuta qualificada e amorosa.

“A humanização ocorre por intermédio do cuidar - é através do ato de cuidar que o ser se humaniza”

Vera Regina Waldow

RESUMO

O óbito fetal é definido como a morte de um conceito antes da expulsão do corpo materno sendo atualmente apontado como um problema de saúde complexo que envolve questões sociais, econômicas e políticas. Este estudo tratou-se de um relato de experiência de uma acadêmica do Curso de Enfermagem durante a vivência de prestação de cuidados à uma mulher em trabalho de parto e parto com diagnóstico de óbito fetal. A vivência foi desenvolvida no centro obstétrico de um hospital escola em setembro de 2019. O objetivo geral foi refletir acerca do cuidado de enfermagem prestado à mulher que atravessa a situação de óbito fetal, à luz da teoria do Cuidado Humano de Enfermagem de Vera Regina Waldow e os objetivos específicos foram contextualizar o problema à luz da teoria de Waldow, apresentar a vivência de prestação de cuidado de enfermagem à uma mulher com diagnóstico de óbito fetal e, identificar os desafios para uma assistência de enfermagem humanizada, diferenciada e integral neste contexto. Foi observado uma dessensibilização por parte dos profissionais de saúde notando-se a prestação da assistência de forma fragmentada, mecanizada e impessoal que desconsiderou os aspectos psicoemocionais e espirituais da mulher. É fundamental que a equipe esteja capacitada para promover o cuidado integral, humanizado e continuado à mulher, garantindo-lhe os direitos às decisões informadas e consentidas e o recebimento de assistência respeitosa que tanto minimize os danos causados pela perda gestacional como auxilie na vivência do luto materno.

Palavras-chaves: Luto, Saúde da Mulher, Óbito Fetal, Humanização da Assistência, Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Fetal death is defined as the death of a fetus before expulsion from the mother's body and is currently identified as a complex health problem that involves social, economic and political issues. This study was an experience report of an academic of the Nursing Course during the experience of providing care to a woman in labor and delivery with a diagnosis of fetal death. The experience was developed in the obstetric center of a teaching hospital in September 2019. The general objective was to reflect on the nursing care provided to the woman who goes through the situation of fetal death, in the light of the theory of Human Nursing Care by Vera Regina Waldow and the specific objectives were to contextualize the problem in the light of Waldow's theory, to present the experience of providing nursing care to a woman diagnosed with fetal death and to identify the challenges for a humanized, differentiated and comprehensive nursing care in this context. A desensitization on the part of health professionals was observed, noting the provision of care in a fragmented, mechanized and impersonal way that disregarded the psycho-emotional and spiritual aspects of the woman. It is essential that the team is able to promote comprehensive, humanized and continuous care for women, guaranteeing them the rights to informed and consented decisions and the receipt of respectful assistance that both minimizes the damage caused by the loss of pregnancy and helps in the experience of mourning maternal.

Keywords: Mourning, Women's Health, Fetal death, Humanization of care, Nursing Theory.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	JUSTIFICATIVA	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	TEORIA DO CUIDADO HUMANO EM ENFERMAGEM	14
3.2	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO	15
4	METODOLOGIA	17
4.1	PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO E TEMAS TRABALHADOS EM SALA DE AULA	17
4.2	LOCAL ONDE VIVEU A EXPERIÊNCIA PRÁTICA	18
4.3	SUJEITO DA PESQUISA	19
4.4	PERÍODO DA REALIZAÇÃO	19
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5.1	DESAFIOS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA EM SITUAÇÃO DE ÓBITO FETAL	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

1 INTRODUÇÃO

É inegável que ao se estudar o óbito fetal se faz necessário compreender o cenário político e social que o circunda. No que tange tal contexto, o pré-natal se mostra como peça-chave no acompanhamento do desenvolvimento da saúde tanto fetal quanto materna, se estruturando por meio de política pública específica realizada dentro da Atenção Primária em Saúde, com o objetivo de promover o acolhimento e assegurar o desenvolvimento da gestação e a detecção precoce de alterações no desenvolvimento fetal. (BRASIL, 2013)

Como consequência do pré-natal espera-se a partir disso uma redução significativa não apenas dos riscos de complicações geradores de índices elevados de morbimortalidade para a mulher e o recém-nascido, como também no número de mortes intrauterinas, permitindo o aumento de partos de recém-nascidos saudáveis e geradores de impacto positivos na saúde materna. (CUNHA *et al.*, 2019; MORSE *et al.*, 2011)

Contudo, na prática, tal política não consegue se apresentar de forma tão efetiva, questões como o abandono do acompanhamento pré-natal, o difícil acesso ao local de atendimento e até a falta de recurso financeiro das gestantes se mostram cada vez mais vigentes. Quando se analisa o perfil da mulher que frequenta o serviço público de saúde, nota-se uma maioria autodeclarada parda e negra e de baixa e média rendas, que apresentam uma proporção menor no número de consultas de pré-natal realizadas. (TOMASI; FACCHINI, 2017)

O recebimento de menos informações de educação em saúde envolvendo parto normal e o local de parto, e uma maior peregrinação pela busca de serviços de referência e maior tempo de espera no atendimento. Essa dissonância significativa da assistência à estas mulheres parecem estar ligadas diretamente aos determinantes econômicos e sociais envolvidos e reconhecer estas questões se faz fundamental para a adequação do atendimento em prol da garantia do direito à saúde de qualidade e com equidade às mulheres, respeitando-se as vulnerabilidades envolvidas. (PARADA & TONETE, 2008; ALMEIDA & BARROS, 2013)

Sabe-se que as causas prevalentes envolvidas no óbito fetal são a presença de doenças gestacionais, que estão diretamente ligadas a restrições de crescimento e desenvolvimento fetal intrauterino, a idade materna extrema, a falta de apoio familiar e de acesso materno aos cuidados de saúde durante a gravidez no pré-natal e ainda o baixo número de leitos obstétricos de baixo risco, que gera o alto fluxo de gestantes em busca de atendimento ao parto levando-as frequentemente a uma peregrinação anteparto na qual percorrerem longas distância, muitas vezes interestaduais em busca de atendimento, colocando tanto a elas como aos bebês em risco

de morte. (SILVA, 2019; BARREIRO, 2015; PARADA & TONETE, 2008; CATAFESTA, 2007)

A Enfermagem encontra-se, neste contexto, em posição privilegiada, ocupando o espaço fundamental no protagonismo de mudanças necessárias que garantam o acesso e o acompanhamento dessas mulheres em um atendimento diferencial que considere suas particularidades biopsicossociais e espirituais e, sobretudo, o contexto e gravidade da situação, principalmente para aquelas que atravessam situações de vulnerabilidade no cenário econômico, político e social. (PEREIRA *et al.*, 2020)

Diante do exposto, é evidente a relevância social do presente estudo, tendo em vista que esse se propõe a promover reflexões acerca da atuação da enfermagem advinda de uma experiência real vivenciada pela autora, que com embasamento na Teoria do Cuidado Humano de Waldow proporcionará uma reflexão rica e atual da realidade da área em campo de prática.

O centro do presente relato é a experiência de prestação de cuidados de enfermagem de uma acadêmica à uma mulher atendida no Centro Obstétrico de um hospital escola do Distrito Federal durante seu trabalho de parto e parto com diagnóstico de óbito fetal à admissão. Tal experiência se fez possível por meio da prática proposta pela disciplina Vivências Integradoras VI, que compõe o quadro de disciplinas práticas do currículo acadêmico de Enfermagem da Universidade de Brasília. Esta disciplina propõe a aplicação em contexto real de assistência em saúde dos conhecimentos teóricos sobre o cuidado da mulher obtidos em sala de aula.

1.1 JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o óbito fetal (OF) é definido como a morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independente da duração da gestação, sendo caracterizado pela inexistência de qualquer sinal de vida, sem a possibilidade de ressuscitação exitosa após a separação do corpo materno (BRASIL, 2009; OMS, 2016). São evidenciadas por Sampaio e Souza (2010) a existência de divergências na definição de OF, sobretudo no que concerne a sua diferenciação com o conceito de aborto.

A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionado à Saúde (CID-10) conceitua como natimorto o produto do nascimento de um feto cujo óbito ocorreu antes de sua completa expulsão ou extração do corpo materno, em fetos com peso de pelo menos 500g ou 22 semanas de gestação ou 25cm de comprimento ao nascer. (OMS, 2011)

Anualmente estima-se que em todo o mundo ocorram 2,6 milhões de óbitos fetais e que destes, 98% ocorrem em países de baixa e média renda, estando diretamente associados as causas evitáveis, tornando a mortalidade fetal um problema de saúde complexo e diretamente relacionado às questões sociais, econômicas e políticas. (BERNIS *et al.*, 2016)

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) o OF também denominado morte fetal ou perda fetal subdivide-se didaticamente em três categorias a considerar o tempo de gestação até a morte do concepto e o peso fetal: precoce, intermediária ou tardia. A morte fetal ocorrida com até 20 semanas de gestação e com o peso fetal de até 500 gramas é denominada precoce (ou aborto); intermediária quando ocorrida entre 20 semanas e 27 semanas e peso fetal entre 500 e 1000 gramas; e tardia com 28 ou mais semanas de gestação e peso fetal superior a 1000 gramas.

Apesar desta subdivisão didática, ainda hoje se considera a definição de OF não consensual e inadequada, especialmente por não se diferenciar claramente do conceito de aborto o que dificulta sua mensuração, afetando o cálculo da Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) e a identificação de suas causas e condições, subestimando-se assim o evento (PINHEIRO, 2004; ASSIS *et al.*, 2014).

Conforme Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o Brasil em 2019 registrou 29.105 mil casos de óbito fetal, dos quais 26.361 ocorreram antes do parto (precoce), 1.287 durante o parto e 1.457 ignorados apresentando a taxa de 10,2/1000 nascimentos. Vale ressaltar que tal taxa se encontra acima da média global estipulada pela OMS no “Plano de Ação para todos os recém-nascidos” que é de nove natimortos por mil nascimentos (OMS, 2014).

Segundo o DATASUS, em 2011 a região Sudeste apresentou o maior número de óbitos fetais (10.820) seguido da região Nordeste (9.520), Norte (3.538), Sul (3.017) e por último Centro Oeste (2.210) (BRASIL, 2021). De acordo com Barros *et al.* (2019) alguns dos fatores associados à ocorrência de óbito fetal durante a gestação são o acompanhamento pré-natal inadequado, a falta de vinculação entre o pré-natal e a maternidade, além da demora de atendimento durante o parto, sendo estes indicadores importantes que refletem a necessidade de melhorias na qualidade da atenção obstétrica prestada às mulheres.

Reyes (2019), aborda em seu estudo os possíveis impactos psicossociais e econômicos que o óbito fetal pode ocasionar tanto para a mulher, quanto para a família enlutada. Tendo em vista que o processo de luto pode fazer com que sentimentos como culpa, impotência e fracasso ganhem força e se mostrem cada vez mais frequentes, potencializando assim, o risco para desenvolvimento de enfermidades vinculadas à saúde mental destas mulheres e seus familiares.

Consequentemente, a morte na fase perinatal é de difícil aceitação para a família, visto que todos criaram expectativas no decorrer da gravidez para o nascimento da criança na sua forma mais perfeita porém se deparam com um óbito (TEIXEIRA e Cols, 2021)

No que tange tal processo, o luto, segundo Elizabeth Kübler-Ross (1998), pode atravessar 5 fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Independente de qual fase a mulher e a família se encontrem, é de suma importância o acompanhamento biopsicossocial ofertado pelos profissionais da saúde, para que assim a vivência do luto materno seja experienciado de forma menos traumática (ROCHA, 2016).

No contexto da atenção obstétrica lidar com a morte é, ainda nos dias atuais, um desafio que necessita da compreensão de questões essenciais que perpassam o lidar com a finitude da vida e com impactos causados por essa finitude. Os sentimentos como medo, impotência e tristeza podem ocorrer nos profissionais da saúde dificultando a prestação do cuidado humanizado e empático, que garanta o respeito aos direitos das mulheres e a integralidade da assistência. (NUZUM; MEANEY; O'ONOGHUE, 2018)

Se faz fundamental destacar que nesse momento de luto perinatal, assim como outras situações de perda, se tenha um cuidado mais afetivo, cognitivo e empático. Isto é, cuidar de mulheres que perderam seus bebês é tarefa delicada, que exige humanização, respeito à individualidade as escolhas pessoais para lidar com a dor e tristeza (DUARTE, 2019).

Nesse aspecto, Santos *et al.* (2012) destaca que o cuidado em saúde prestado à mulher pelos profissionais de Enfermagem, desde o diagnóstico de óbito fetal até o acompanhamento posterior dos enlutados, têm um impacto positivo na vivência do luto saudável materno mesmo diante dos desafios enfrentados quanto à inadequações de ambiência hospitalar e a falta de preparo dos profissionais para lidarem com situações de óbito fetal.

O cuidado de Enfermagem às mulheres enlutadas deve ser diferenciado atentando-se à integralidade, humanização e empatia devendo a equipe de saúde ser previamente preparada para a prestação da assistência considerando as vulnerabilidades próprias que envolvem a vivência do óbito fetal (SERAFIM, *et al.*, 2021; ROCHA, 2016).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Refletir acerca do cuidado de enfermagem prestado à mulher que atravessa a situação de óbito fetal, à luz da teoria do Cuidado Humano de Enfermagem de Vera Regina Waldow.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar o problema à luz da teoria de Waldow;
- Apresentar a vivência de prestação de cuidado de enfermagem à uma mulher com diagnóstico de óbito fetal; e
- Identificar os desafios para uma assistência de enfermagem humanizada, diferenciada e integral em uma situação de óbito.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DO CUIDADO HUMANO EM ENFERMAGEM

Vera Regina Waldow, criadora da Teoria do Cuidado Humano em Enfermagem é enfermeira, natural de Canoas - Rio Grande do Sul, e reside atualmente em Porto Alegre. Formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é Mestre em Educação (UFRGS) e Doutora em Educação em Enfermagem (*Teachers College, Columbia University/USA*), tendo sido outorgada com o grau de Doutora Honoris Causa pela Universidad Nacional de Cajamarca no Perú em 2016. É autora do livro “Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem”, que juntamente com sua obra anterior “Cuidado humano: o resgate necessário” materializam sua teoria do cuidado em enfermagem como processo existencial, relacional e contextual que empodera e promove a humanização do ser humano. Atualmente ela dedica-se a dar palestras e cursos na área da Enfermagem, tanto no Brasil quanto no exterior. (CNPQ, 2022)

Vera Regina Waldow (1998) em seus estudos constrói a teoria denominada Cuidado Humano na Enfermagem. Esta teoria considera o cuidado humano como um processo interativo de construção da relação de cuidado no qual há o encontro do ser que cuida com o ser cuidado. Há nesta relação a consideração da dimensão biopsicossocial e espiritual do ser cuidado, superando o conceito do cuidado como uma mera prestação de atendimento técnico biomédico. Tal relação de cuidado deve ser construída com base em atributos como interesse, respeito, paciência, conhecimento e competência por parte do cuidador e disponibilidade, abertura e receptividade por parte do ser cuidado possibilitando assim a prestação do cuidado efetivo.

Waldow destaca ainda que a prática do cuidado humano em enfermagem deve passar pelo processo constante de reflexão na ação, que consiste em pensar sobre o que se faz enquanto se está fazendo. Nesse aspecto, é fundamental a adoção da metodologia de ensino prático-reflexiva pelos docentes que auxiliem os estudantes a adquirirem competências essenciais para a prestação do cuidado humano considerando a construção da relação do cuidado e os seres biopsicossociais envolvidos nessa relação. (WALDOW, 2007, p. 161).

Para tanto, os docentes devem adotar uma postura reflexiva sobre si mesmos e sobre sua prática profissional reconhecendo suas experiências, conhecimentos e competências prévias e também estimulando os estudantes a fazerem o mesmo de forma compartilhada. Se faz necessário organizar o processo de ensino aprendizagem de forma a estimular a reflexão sobre

as vivências anteriores e novos conhecimentos e habilidades que se deseja obter para a construção da identidade profissional. (WALDOW, 2007, p. 179).

Waldow destaca que o Ensino de Enfermagem deve ser centrado no cuidado, e que as práticas pedagógicas dos docentes devem se fundamentar em ações e valores de cuidado que promovam a “consciência de cuidado” na prática profissional. A prática do ensino centrado no cuidado leva a superação do cuidado advindo da ótica biomédica, cujo foco do cuidado limita-se a doença e sua sintomatologia, passando a enxergar o processo da doença em sua integralidade e considerando as necessidades do ser cuidado para a prestação da assistência de enfermagem mais humanizada (WALDOW, 2007; WOLFF; WALDOW, 2008).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO

A assistência ao parto sofreu uma série de modificações no decorrer do tempo deixando de ser uma prática realizada por leigos e no ambiente doméstico e passando para o ambiente hospitalar e feito por profissionais. Isso trouxe consigo uma assistência mais cientificamente qualificada, mas também mecanizou o processo, tirando o foco da mulher e de suas necessidades e vivências individuais. Nesse contexto, surge a necessidade de retomar a uma prática assistencial que seja mais humanizada e que proporcione a essa parturiente uma experiência positiva. Para tanto, atitudes e rotinas devem ser repensadas, iniciando-se com a construção de uma nova relação de cuidado entre o profissional e seu paciente (ALVEZ *et al.*, 2017).

Em 2014 a violência obstétrica foi considerada uma questão de saúde pública pela - OMS afetando diretamente as mulheres e seus bebês. Considera-se como violência obstétrica a demora na assistência, a recusa de internações nos serviços de saúde, os cuidados negligentes, a recusa na administração de analgésicos, os maus tratos físicos, verbais e ou psicológicos, o desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, a realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, a detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, entre outros (MENEZES *et al.*, 2020).

Abrange a não utilização de procedimentos recomendados, assim como a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados ou obsoletos e que podem causar dano. Procedimentos não justificados podem gerar consequências e iatrogenias, com efeitos evitáveis sobre a saúde da mulher e a do bebê, como a distócia no parto, hemorragias e hipóxia neonatal, além da depressão pós-parto e diversos outros efeitos de curto, médio e longo prazos

decorrentes da experiência negativa do trabalho de parto e parto (MENEZES *et al.*, 2020; WOLFF; WALDOW, 2008).

O cuidado da mulher na assistência reprodutiva de parto e puerpério deve ocorrer visando minimizar riscos à vida do binômio mãe-bebê, no qual a redução da mortalidade materna e fetal pode ser considerada um importante indicador da qualidade desta assistência. É preciso primeiramente respeitar a autonomia da mulher e fornecer suporte tanto físico, quanto emocional, acolhendo toda a família nesse cuidado. A equipe de saúde tem papel fundamental na implementação do parto humanizado. De acordo com a OMS, a gestação de baixo risco pode ser acompanhada integralmente por um enfermeiro obstetra, sendo ele, também, qualificado para tal função (ALVEZ *et al.*, 2017).

Em 1998 o Ministério da Saúde oficializou a assistência ao parto pelo enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde (SUS) e em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal, permitindo a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, sendo esses profissionais responsáveis pelos cuidados prestados às mulheres e aos bebês. Atualmente conta-se com a Rede Cegonha, que se configura como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, do direito a atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, sendo o enfermeiro uma das bases fundamentais desta atenção de qualidade (DO NASCIMENTO *et al.*, 2020).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo crítico reflexivo, descritivo com abordagem qualitativa na modalidade relato de experiência (RE). Segundo Daltro & Faria (2019), o relato de experiência é uma narrativa científica na pós-modernidade que articulada a um arcabouço teórico legitimador da experiência que se mantém aberta a análise e a produção de saberes novos e transversais a respeito da situação narrada. Para Mussi *et al* (2021) o RE em contexto acadêmico pretende, além da descrição da experiência vivida (experiência próxima), a sua valorização por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, por meio da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico (experiência distante). Esta abordagem compreende um estudo teórico reflexivo que descreve as práticas vivenciadas pela própria autora advindas de situações do cotidiano, permitindo a narração crítica de impressões pessoais sobre o fato vivenciado.

Comporá os dados do presente trabalho a descrição do relato de experiência de prestação de cuidados de Enfermagem e uma reflexão crítica baseada na teoria do cuidado humano de Waldow sobre os acontecimentos. O relato de experiência se baseou na observação ativa e qualificada da vivência da autora se restringindo ao período de prestação direta do cuidado, que teve início em seu primeiro contato com a mulher no momento da indução do parto, passando pelo período expulsivo e finalizando com o recebimento do bebê natimorto nos braços da mãe.

4.1 PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO E TEMAS TRABALHADOS EM SALA DE AULA

A disciplina “Vivências Integradoras VI” tem como objetivo promover práticas voltadas para a intervenção de enfermagem nas demandas de saúde da mulher, criança e adolescente, em diferentes cenários de práticas, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e competências específicas do cuidado e a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para a prestação do cuidado de enfermagem de forma integral. (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2017)

Esta disciplina é cursada de forma conjunta com a disciplina teórica “Cuidado da mulher, criança e adolescente”, que propõe a aquisição de conhecimento técnico científico fundamentando-se nos conceitos do processo saúde-doença e do cuidar em enfermagem. Por meio de bases teóricas e filosóficas que fundamental à integralidade do cuidado de enfermagem

prestado à mulher, criança e adolescente na perspectiva de um olhar ampliado para a família e a comunidade.

Os temas trabalhados na teoria, em sala de aula, conversam diretamente com os cenários de prática em que os discentes alternam ao longo do semestre letivo. Destaco para a presente relato a abordagem dos temas: atualização da situação da mulher brasileira; diretrizes do cuidado integral da mulher no contexto da família e da comunidade; e os modelos e estratégias do cuidado da mulher na Atenção Primária em Saúde como os temas fundamentais que me prepararam para prestação do cuidado de enfermagem à mulher que atravessa situação de óbito fetal.

Nestas disciplinas os temas estudados que embasaram a prática do presente relato de experiência foram a assistência pré-natal e os cuidados de enfermagem com o parto, pós parto imediato e puerpério. Se faz curioso notar que a disciplina de Cuidado da Mulher foca os aprendizados nos aspectos que envolvem sua saúde reprodutiva feminina, mesmo que o cuidado integral à mulher vá além disso. O cuidado de pacientes com doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, são estudadas na disciplina Cuidado do Adulto e do Idoso, e também foram temas essenciais que auxiliaram no entendimento do quadro clínico da paciente e dos riscos deste ao binômio mãe-bebê durante a gestação e parto.

Diante disso, nota-se que o currículo do curso de enfermagem da Universidade e Brasília tem sua matriz de disciplinas estrategicamente planejada para promover ao aluno o aprendizado teórico e prático de forma simultânea com matérias pré-requisitos e co-requisitos proporcionando o aprendizado em etapas e que se somam ao longo do curso. (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2017)

Conclui-se que, mesmo com as temáticas apontadas como fundamentais para o melhor entendimento do quadro clínico da paciente do presente relato de experiência, muitos outros conhecimentos adquiridos desde o primeiro semestre do curso de enfermagem foram indispensáveis.

4.2 LOCAL ONDE VIVEU A EXPERIÊNCIA PRÁTICA

O Hospital Universitário de Brasília é credenciado como Hospital de Ensino (2005) vinculado a Universidade de Brasília, sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH (2013), situado no Setor de Grandes Áreas Asa Norte (SGAN), 605, L2 Norte, Brasília/DF. Desde de 1972 oferece atendimento público e gratuito, por meio do

Sistema Único de Saúde – SUS. É cenário de prática para estudantes de graduação e pós-graduação. Desde 1987 é integrado/credenciado a Rede de Serviços do DF, por meio de convênios e da Política Nacional de Regulação (Portaria nº 1559/2008) com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (GUIMARÃES, 2022).

O local onde ocorreu a vivência foi no Setor da Maternidade na Unidade do Centro Obstétrico (CO) que é composto por seis leitos de pré-parto, parto e pós-parto distribuídos em três enfermarias, duas delas possuem banheiro privativo; um posto de enfermagem, onde é realizado o preparo de medicações do pré-parto, parto e pós-parto imediato. O CO também possui um centro cirúrgico com uma sala de cirurgia, uma de recuperação pós-anestésica, uma para os primeiros cuidados neonatais, com dois berços aquecidos de reanimação, e a sala para os cuidados de enfermagem ao recém-nascido (RN) com um berço aquecido, onde são realizados procedimentos como administração de vacinas, preparação dos RNs e verificação e registro das medidas antropométricas (peso, comprimento e perímetro cefálico). O CO dispõe de bolas suíças e banquetas de parto vertical para uso no setor quando necessário.

Para acesso local autorizam-se somente pessoas que fazem uso de roupa privativa oferecida pelo próprio hospital. Resguarda-se apenas o direito ao acompanhante de permanecer com o uso de roupa não privativa dentro do CO.

4.3 SUJEITO DA PESQUISA

Mulher solteira, 38 anos, parda (não autodeclarada), natural e procedente de uma cidade do interior do estado do Piauí, com escolaridade ensino fundamental completo, terceira gestação, dois partos normais e nenhum aborto (G3, PN2, A0), apresentando comorbidades prévias (diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica).

4.4 PERÍODO DA REALIZAÇÃO

Este relato foi vivenciado pela autora em 2019, no turno matutino, durante o ciclo de prática da disciplina obrigatória do sétimo semestre letivo do curso de bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília, denominada de Vivências Integradoras VI no Hospital Universitário de Brasília.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No dia 17/09/2019, no período matutino, ao chegar no Hospital Universitário (HU) e dirigi-me ao Centro Obstétrico (CO) onde a professora preceptora iniciou a vivência informando o quadro geral da unidade, havia uma mulher que aguardava a realização de curetagem pós aborto e três parturientes internadas, sendo que duas estavam em trabalho de parto desde o dia anterior e em uso do indutor misoprostol e uma em trabalho de parto com diagnóstico de óbito fetal. Após a divisão habitual das duplas de prática eu e minha colega fomos convidadas a acompanhar essa parturiente. Toda a prestação de cuidado, aqui relatada, aconteceu na presença das acadêmicas, da professora preceptora e de uma técnica de enfermagem, responsável pelos cuidados dessa sala. E, a duração da vivência foi concomitante com a duração do trabalho de parto, isto é, de aproximadamente 6 horas,

O primeiro contato com a parturiente e sua acompanhante (prima) se deu formalmente ao cumprimentá-las desejando “um bom dia” e me apresentar como acadêmica de enfermagem. Em seguida, perguntei como elas estavam e elas responderam que “bem na medida do possível”. Esclareci que eu poderia estar presente durante o turno da manhã para auxiliá-la no trabalho de parto e no que mas ela precisasse caso desejasse e ela grata respondeu que sim. Perguntei onde residia. Ela explanou brevemente sobre sua cidade natal, contando sobre sua família, informando que viera a Brasília apenas para ter o parto e que desejava voltar logo para o interior do Piauí, onde estavam seus outros dois filhos.

Tal situação aguçou minha curiosidade, assim ao conversar com ela e acessar seu prontuário, na guia de atendimento e internação percebi que a parturiente deu entrada na Emergência Ginecológica e obstétrica do hospital, no dia 16/09/2019, às 23h05 com diagnóstico de comorbidades prévias (DM tipo 2 e HAS) e de óbito fetal constatado na admissão. A história clínica captada com a paciente apresenta os seguintes dados de identificação: mulher, G3, PN2, A0, solteira, 38 anos. Paciente relata ter realizado 10 consultas de pré-natal em sua cidade de origem, e ter vindo há 3 dias para Brasília, especificamente, no intuito de realizar o parto, onde considerou o serviço de excelência no atendimento de gestação de alto risco, diferente de sua cidade natal. Ao ser atendida, apresentava-se lúcida, orientada, idade gestacional de 38 semanas e 3 dias (IG 38+3), ao exame encontrava-se em trabalho de parto, com bolsa rota, contrações irregulares e diagnóstico de óbito fetal.

No CO, foi submetida à indução de parto via vaginal com misoprostol, apresentando polidrâmnio (quantidade aumentada de líquido amniótico) e bolsa rota às 5h do dia 17/09,

presença de líquido amniótico claro e de odor característico, evoluindo para período expulsivo às 9h20, aproximadamente.

Após o período de primeiro contato com a parturiente com as devidas apresentações das acadêmicas, seguiu-se os cuidados de enfermagem exclusivos. Foram utilizadas durante o trabalho de parto os cuidados de enfermagem com práticas de medidas de conforto (privacidade, segurança, aconchego, escuta qualificada e comunicação positiva), procedeu-se com o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor tais como: massagem corporal, exercícios respiratórios, movimentação pélvica com uso da bola suíça, e um reposicionamento da parturiente, isto é, sair da posição de litotomia para uma posição de pé, deambulando e em seguida sentada com uso banqueta para parto vertical ("banquinho U").

A parturiente seguiu consciente, colaborativa e orientada durante toda a prestação dos cuidados de enfermagem. Na realização da dinâmica uterina constatou-se a presença de contrações de curta duração, irregulares e de difícil aferição. Foi identificado edema importante na região vulvar que pode ter dificultado o período expulsivo tornando-o prolongado, aproximadamente 2h com insinuação da apresentação fetal após posicionamento em banqueta de parto realizada sob orientação e acompanhamento de equipe de enfermagem.

A equipe médica do CO, que incluiu duas médicas plantonistas e uma médica residente. Inicialmente, entravam na sala de parto, eventualmente, para realizarem a verificação das condições gerais da parturiente e a evolução do trabalho de parto. Foram cerca de 5 avaliações da equipe médica com a realização de 5 exames de toque vaginal durante certa de 4h. A partir desse momento, com a aproximação do início do período expulsivo, especificamente, no momento da apresentação cefálica (insinuação), a equipe médica passa a assumir os cuidados com o parto, solicitando que a parturiente retorna-se ao leito, permanecendo em posição ginecológica/litotomia. Em seguida procedeu-se administração de ocitocina intravenosa, realizada uma sondagem vesical de alívio, logo após uma episiotomia médio-lateral. Também, foi utilizado fórcepe de alívio de Simpson, para desprendimento de polo cefálico fetal, e relato de distocia de ombro. A equipe médica comunicou-se com a parturiente informando pontualmente os procedimentos que estavam sendo realizados durante sua realização, sem a explicar as técnicas utilizadas ou solicitação de consentimento prévio da parturiente.

Às 12h26min do dia 17/09 houve a expulsão total, nascimento do feto, do sexo masculino constatado o diagnóstico confirmatório de natimorto (feto morto), a partir dos sinais de ausência de choro, de batimentos cardíacos e de movimentos respiratórios. O RN foi classificado como macrossômico, apresentando peso corporal de 4.300g, 53 cm de

comprimento e perímetro cefálico de 37 cm. No momento prévio a extração do feto a parturiente foi questionada pelas acadêmicas de enfermagem e pela professora preceptora se desejaria ver e estar com o filho falecido, o qual respondeu positivamente.

Após o nascimento, enquanto a equipe médica aguardava a dequitação da placenta, acompanhei a técnica de enfermagem na realização dos cuidados imediatos ao natimorto (higienização, medição antropométrica – peso, estatura e perímetro cefálico, e posterior identificação e registros) antes de proceder sua entrega à mãe. Ao entregar o filho à genitora notei sua expressão de tristeza, afeto e carinho, ela o acolheu nos braços olhando-o amorosamente como que esperando que abrisse os olhos ou desse qualquer sinal de vida. Ela solicitou que fosse tirada uma foto do filho em seus braços, e assim foi feito. Ela permaneceu com seu bebê nos braços por cerca de 5 minutos sob supervisão da equipe. Logo a médica plantonista solicitou a devolução do bebê à técnica de enfermagem para seguimento dos procedimentos do parto. A prima da parturiente que a acompanhava manteve-se silenciosa, recusando tirar a foto do bebê e mantendo certo distanciamento durante todo o trabalho de parto.

No momento do preparo do corpo do natimorto para leva-lo à genitora, pude observar um fato que me marcou profundamente. A demonstração de respeito, zelo e carinho da técnica de enfermagem pelo natimorto. Com lágrimas nos olhos ela expressou o pesar pela morte do bebê e empatia pela genitora, realizando simbolicamente o batismo do bebê com uma afetuosa oração. Em seguida o bebê foi levado para ser acomodado em saco plástico com zíper e identificado permanecendo dentro do refrigerador da unidade para posterior encaminhamento ao setor de patologia para necrópsia, caso autorizado pela genitora, para busca do diagnóstico da causa *mortis*, segundo procedimento padrão do hospital.

Ao término do período da vivência nesse dia, soube que houve a necessidade de procedimentos de urgência por placenta encarcerada, sangramento abundante, choque hipovolêmico, sendo a mesma, encaminhada para o centro cirúrgico e, posteriormente, para a Unidade de Terapia Intensiva para estabilização do quadro clínico.

5.1 DESAFIOS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA EM SITUAÇÃO DE ÓBITO FETAL

Baseado nesse contexto, apresento as reflexões sobre os cuidados da Enfermagem prestados e a atuação dos profissionais de saúde à uma mulher com diagnóstico de óbito fetal

durante seu trabalho de parto e parto e, identificando os desafios percebidos para uma assistência de enfermagem humanizada, diferenciada e integral.

Essa vivência me permitiu refletir sobre o atendimento à mulher e sobre a morte fetal. Assim, percebi que existem alguns pontos que precisavam ser tratados sob a luz de uma teoria que trouxesse respostas para minhas indagações. A opção pela Teoria do Cuidado Humano em Enfermagem de Vera Regina Waldow, foi a escolha para esse momento. Visto que, segundo a autora, o processo de cuidar ocorre entre o ser que cuida e o ser que é/será cuidado onde é estabelecida uma relação de confiança, disponibilidade, receptividade, aceitação e intencionalidade entre os envolvidos (WALDOW, 1998).

A rotina diária de um Centro Obstétrico é lidar com os partos, recém-nascidos vivos e várias intercorrências. O parto de um feto morto é uma situação pouco usual desse cotidiano. O atendimento que deveria demandar dos profissionais uma abordagem humanística e um cuidado mais sensível, empático e adaptado ao conjunto de habilidades e técnicas não foram praticados. Discutindo essa problemática sob o olhar da Waldow, percebe-se que a assistência a patologia e os procedimentos do processo de parto estão em conformidade com o que está preconizado. Porém nota-se da equipe médica uma fragmentação, dessensibilização e mecanização do cuidado prestado, desconsiderando o direito à decisão informada e consentida da mulher diante do óbito fetal. (WALDOW, 1998)

A OMS (1996) e o Ministério da Saúde (2001) preconizam, para assistência ao parto normal e cuidado humanizado à mulher durante o parto, aborto e puerpério, o monitoramento do bem estar físico e emocional da mulher, promovendo apoio empático, respeitando o direito da mulher à privacidade e fornecendo a ela todas as informações e explicações que desejar, além da não utilização de métodos invasivos nem farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Destacam como condutas prejudiciais a serem evitadas durante o trabalho de parto e parto o uso de posições de litotomia, com ou sem estribos, exames vaginais frequentes e repetidos, especialmente por mais de um prestador de serviço, realização de cateterização da bexiga e uso liberal de episiotomia. Quanto ao uso de fórcepe a indicação é justificável em casos de ameaça ao bem estar materno e/ou fetal, pontuando seu uso à critério médico quando o período expulsivo for prolongado, seja por hipoatividade uterina ou exaustão, inércia ou incapacidade materna. (OMS, 1996; BRASIL, 2001)

Notam-se que algumas ações realizadas pela equipe médica ao longo do trabalho de parto e do parto podem ser caracterizadas como práticas abusivas e identificadas como violência obstétrica. O não fornecimento de informação e explicação em linguagem acessível ao

entendimento da parturiente e sua acompanhante, e de consentimento da parturiente, a condução do parto em posição de litotomia após apresentação cefálica, a realização de exames de toques vaginais frequentes no decorrer do trabalho de parto e realizado por vários profissionais execução deliberada e não informada da cateterização vesical de alívio são práticas não recomendadas no cuidado humanizado. Questiona-se, também, a indicação adequada do uso de ocitocina intravenosa (IV) de rotina, a realização da episiotomia sem consentimento prévio e utilização do fórcepe se realmente eram necessários diante do contexto e das condições maternas e fetais.

A violência obstétrica carrega questões de gênero intrínsecas à ela. Isso porque seu objeto são especificamente mulheres cujas violências sofridas caracterizam-se por relações complexas de poder desiguais. No Brasil, a pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados verificou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos dos profissionais, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Na pesquisa Nascer no Brasil, inquérito nacional realizado com 23.940 puérperas, identificou-se excesso de intervenções no parto e nascimento, apontando um modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, expondo mulheres e crianças a iatrogenias (LANSKY *et al.*, 2019).

Mais da metade das mulheres tiveram episiotomia, 91,7% ficaram em posição de litotomia no parto, quando as evidências recomendam posições verticalizadas; a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica para aceleração do trabalho de parto foi utilizada em 40% das mulheres e 37% foram submetidas à manobra de Kristeller (pressão no útero para a expulsão do bebê), procedimento agressivo e que traz consequências deletérias para a parturiente e seu bebê (LANSKY *et al.*, 2019).

É perceptível que não houve durante a prestação de cuidado da mulher em questão uma priorização enquanto uma mãe que estava vivenciando um luto, faltando empatia, acolhimento e manejo adequado do cuidar como expressão humana. A crítica que Waldow (1998) levanta frente ao cuidado humano de enfermagem engloba, justamente, a tentativa de trazer a humanização novamente para a assistência, abstenendo-se da prática de violência obstétrica em todo o processo de trabalho de parto, parto e pós parto no intuito de prestar um cuidado integral, que considera os diagnósticos porém não se limita a eles, passando a priorizar também os aspectos biopsíquicos, sociais, culturais, ambientais e espirituais envolvidos, individualizando o ser cuidado.

Waldow (1998) ao discutir o cuidado de enfermagem afirma que o cuidado em saúde tem tomado um caminho patologizante, restringindo-se ao cuidado da doença e afastando-se do cuidado ao ser humano. A autora analisa em seu artigo “Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto” situações similares ao presente relato de experiência cujo atendimento da equipe de saúde “mecanizado, fragmentado e impessoal” limita a prestação do cuidado adequado, frequentemente promovendo a violência velada e a desumanização da assistência. Primeiramente, Waldow aponta a necessidade de uma abertura ao diálogo dos profissionais que a partir da escuta qualificada, devem acolher os medos, anseios, sentimentos e sensações das parturientes. A partir daí, devem seguir a orientação informada e consentida sobre todo o processo que ela estava vivenciando, de modo que elas se tornem um sujeito ativo no processo e que as medidas de conforto e redução de danos pudessem ser adotadas segundo as suas necessidades, para diminuir seu sofrimento. (WOLFF & WALDOW, 2008)

A falta desse cuidado/manejo pode estar no fato dos profissionais acharem que essa abordagem seria algo “a mais” no atendimento e que atitudes humanizadoras ficariam sujeitas a questão de “foro íntimo”, isto é, essa decisão ficaria a consciência de cada profissional. Quando na verdade esse “aspecto moral e ético” compõe o próprio cuidado de Enfermagem e que precisa ser, urgentemente, resgatado na sua vivência clínica. Waldow (1988) rompe essa visão binária, como se os saberes fossem mutuamente excludentes, isto é, que um cuidado só pudesse existir na ausência do outro. Ou seja, ao se adotar uma postura mais interativa, emocional e intuitiva os saberes técnicos e científicos automaticamente seriam rejeitados. A autora, aponta que o saber científico e o saber “artístico” trabalhem em consonância, de forma complementar, valorizando o pluralismo, a transdisciplinaridade e a diversidade.

Um ponto a ser destacado é o manejo dos profissionais de saúde e dos estudantes frente ao luto vivenciado pela mãe e o próprio contato com o natimorto. Lidar com a terminalidade da vida é uma situação que acaba extrapolando o processo formativo do enfermeiro fazendo com que os profissionais não estejam aptos para lidar com tal situação, processo este que pode estar diretamente relacionado à morte como um tabu na sociedade. Na experiência vivenciada o que mais chamou atenção foi o silêncio fúnebre na sala de parto e a apatia da equipe em relação ao ocorrido, não havendo sensibilização ou preparo da mulher para a vivência do luto.

A perda gestacional está relacionada à quebra de expectativas tanto da gestante, como também do casal, podendo acarretar episódios de depressão e transtornos psicoemocionais de curto médio e longo prazos. Ciente disso, a conduta da equipe de enfermagem nesse momento é crucial para amenizar a perda garantindo uma assistência à gestante e seus acompanhantes

desde a chegada ao centro obstétrico até o nascimento e o pós-parto, que promova a vivência do luto saudável, destacando a necessidade de atendimento que transcenda o cuidado técnico. Conduitas como a garantia de acesso à informação, a estadia em quarto privativo e isolado da maternidade e a condução adequada do encontro do bebê com a mãe no pós-parto são ações fundamentais que podem diminuir a dor da perda auxiliando na vivência do luto saudável (TEIXEIRA, 2021).

Esse acesso da mãe ao bebê apresentado por Teixeira (2021) foi uma questão problemática da vivência na maternidade uma vez que os profissionais adotaram uma postura oposta, retirando rapidamente a criança para realizar as intervenções necessárias de cuidados ao natimorto. Neste sentido, pude perceber que ela precisava de apoio e coube a mim, enquanto estudante, solicitar à equipe que a mãe pudesse ter esse momento com seu bebê para se despedir. Assim, foi possível questionar a mãe sobre sua religião ou espiritualidade. Entendendo que poderia ser encontrado pela mulher algum tipo de conforto nesse sentido. Efetivamente, houve o batismo simbólico da criança realizado pela técnica de enfermagem que minimizou um pouco o desconforto e a dor da puérpera. Rompendo o silêncio que a vivência do luto àquela mulher e, com isso auxiliando no processo de assimilação da perda e enfrentamento da realidade.

Salgado & Polido (2018) propõe aos profissionais da saúde estratégias de acolhimento para o cuidado humanizado a mulheres e seus familiares em situações de perda gestacional e neonatal. Citam a importância de não esconder o diagnóstico de morte intraútero quando confirmada, devendo o óbito ser comunicado de forma adequada consideradas as delicadezas envolvidas, discutir a via de nascimento com a genitora, permitir o contato da família com o natimorto, realizando os cuidados de forma respeitosa antes de levá-lo à família e promovendo a iniciativa de disponibilização de caixa de lembranças (mementos) do bebê. Tais propostas visam garantir os direitos das mulheres diante da perda fetal, possibilitando a tomada de decisões consentidas e auxiliando na vivência do luto saudável diante da perda fetal.

No desejo de conhecer os processos e fluxos adotados pelo hospital para casos de óbito fetal e cuidados com o natimorto busquei junto à equipe do setor e nos arquivos digitais públicos do hospital escola um Procedimento Operacional Padrão (POP) que orientasse a conduta multiprofissional. A equipe informou não haver nem protocolo nem fluxograma específico do hospital que os orientasse na prestação deste cuidado, e que eram adotados alguns protocolos clínicos do Ministério da Saúde adaptados mesmo não sendo ideais para este contexto. Na busca documental confirmou-se a inexistência de documentos específicos que auxiliasse os profissionais.

Referente as orientações e cuidados com o natimorto também não encontrou-se na instituição do hospital escola nenhum POP que versasse exclusivamente sobre o preparo do corpo, onde acomodá-lo e demais providências, como verificar com os familiares o desejo de encaminhamento à necropsia para detecção da causa da morte, ou sepultamento e a emissão de declaração de óbito. Adotou-se no hospital de forma adaptada o protocolo geral de “Procedimento Pós óbito” que é destinado ao manejo do todo corpo após a confirmação do óbito. Nele consta uma recomendação pontual à equipe médica que comunique o óbito e preencha o formulário impresso Declaração de Óbito (DO) se a idade gestacional for superior a 20 semanas, independente do peso e estatura do feto ao nascer, e /ou se o desejo da paciente genitora for de sepultar o feto.

De forma geral atualmente orientam os profissionais da saúde os documentos preconizados pela OMS e pelo Ministério sobre cuidado com pré natal parto e pós-parto citados ao longo no presente trabalho bem como a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.172 de 15 de junho de 2004, que preconiza o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde enfatizando a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna-fetal”. Esta mesma portaria delega aos profissionais responsáveis pela vigilância dos óbitos nos hospitais, que são em sua maioria enfermeiros, a obrigatoriedade de investigação da morte e emissão de declaração de óbito (BRASIL, 2004).

O processo de investigação do óbito é extenso e prolonga o luto materno, pois, ao realizar a coleta para análise de dados, vem à tona perguntas que podem ser dolorosas, inclusive, relembrar a mãe sobre o feto. Além disso, a perda do bebê requer da mulher uma permanência hospitalar prolongada, pois a mesma deve ficar em observação. Porém, todo esse processo é muito doloroso a ela, considerado que além de estar em um alojamento conjunto rodeada de outras mães e seus recém-nascidos nos quartos vizinhos, até o choro de RNs pode agravar o impacto emocional da mãe enlutada. Logo, não existe um local adequado para essa mulher, cabendo ao enfermeiro, como principal protagonista do cuidado, manejar situações de inadequações da ambiência, inclusive, gerenciando os leitos para evitar desconforto emocional à puérpera enlutada. E assim atuando como uma ferramenta de humanização e respeitando a dor dessa família (TEIXEIRA, 2020).

Resume-se portanto que os desafios pontuados ao longo das reflexões proporcionadas por este relato de experiência para a prestação do cuidado de enfermagem humanizado, diferenciado e integral em situação de óbito fetal são: a prática da violência obstétrica pela equipe médica, a dessensibilização por parte dos profissionais de saúde cuja assistência se

mostrou fragmentada, mecanizada e impessoal, a ambiência inadequada, da falta de procedimentos operacionais padrões e fluxogramas que orientem a equipe multiprofissional na prestação da assistência adequada.

Destaco, a importância da fundamentação das teorias de enfermagem na formação acadêmica dos futuros profissionais enfermeiros. A escolha da Teoria do Cuidado Humanizado, como proposto por Vera Regina Waldow, para a construção de uma consciência humanista e humanizadora desse cuidado, que visa a reflexão das ações como ponto de partida para o desenvolvimento de habilidades e competência do cuidar humano transcende o fazer diário e permite que o acadêmico se aprimore por meio do saber-fazer ao longo de sua prática profissional.

Afim de minimizar e superar os desafios pontuados, primeiramente sugere-se a produção de mais estudos baseados em evidência científica para investigar e propor novas ações que confluem para um cuidado respeitoso e humanizado. Outra sugestão é ampliar e incentivar a capacitação dos profissionais a partir de ações de educação continuada, que promovam o aprimoramento do saber fazer a partir da reflexão acerca da prática laboral vivenciada pelos profissionais e a identificação e implementação de melhorias na ambiência necessárias ao acolhimento e humanização da vivência do parto e puerpério em situação de óbito fetal; a criação e implementação de Protocolos Operacionais Padrões específicos sobre a assistência à mulher e seus familiares e acompanhantes e sobre os cuidados com o natimorto, elaborados pelo centro obstétrico em conjunto com a maternidade do hospital escola; e a implementação de ações que auxiliem as mães na vivência do luto saudável, como por exemplo, a promoção de tempo e espaço para a mãe enlutada estar com seu bebê após o nascimento e a disponibilização de caixa de lembranças do bebê como proposto por Salgado & Polido (2018).

A caixa de lembranças nada mais é que um recipiente onde serão guardados recordações e mementos do bebê que ajudarão na preservação de sua memória. Recomenda-se que seja confeccionada com elementos recolhidos ao longo da internação da mulher, tais como fotografias, vestuário e mecha do cabelo do bebê, impressos palmares e plantares à tinta e pulseira de identificação do RN, quando disponível. Orienta-se que seja oferecida à família no momento da alta hospitalar e em caso de recusa aconselha-se guardar a caixa em local seguro disponibilizando à família o contato do responsável pela guarda, assegurando que continuará disponível por período determinado. (SALGADO & POLIDO, 2018)

Por fim, como produto das reflexões aqui explanadas confeccionei uma caixa de lembranças (mementos) do bebê destinada à mulher do presente relato, e propus formalmente

à “Comissão de Óbito” do Hospital Universitário de Brasília, responsáveis por questões relacionadas à humanização da morte e vivência do luto, que implementassem e disponibilização estas caixas à mulheres com diagnóstico de óbito fetal atendidas pelo Centro Obstétrico. Esta caixa, contém um cartão dos os dados de nascimento do natimorto (data e local do nascimento, peso e medidas antropométricas e nome da mãe), uma pulseira hospitalar simbólica de identificação do bebê, um par de sapatinhos em crochê, um diário de recordações, onde pode-se escrever ou colocar fotos, um urso de pelúcia, e um par de sementes para serem plantadas caso a mãe deseje.

Tais iniciativas surgiram a partir da busca de novos conhecimentos na área, advindos de ações principalmente de profissionais psicólogos, os quais aqui destaco Salgado & Polido (2018) e a equipe multiprofissional do Instituto do Luto Parental “Casa Mães para Sempre”, cuja prática inspirou-me a também contribuir no apoio, acolhimento e promoção do luto saudável à mulheres que vivenciam o óbito fetal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse trabalho de conclusão de curso proporcionou reflexões frutuosas acerca da importância da assistência de enfermagem qualificada às mulheres que atravessam situação de óbito fetal, seja para proporcionar um parto respeitoso acolhedor e livre de violência obstétrica, seja para auxiliá-las na vivência do luto saudável, considerando-as em suas individualidades a partir de uma assistência humanizada, integral e continuada.

Urge a necessidade de realização de capacitação continuada da equipe com o objetivo de desenvolver habilidades e competências humanas que vão além da técnica e que se fazem fundamentais para a garantia do respeito às individualidades do ser cuidado e a promoção do luto materno saudável. A busca da minimização de danos e a prevenção da evolução patológica do luto deve ser prioridade na assistência a mulheres com diagnóstico de óbito fetal.

A construção e implantação no contexto hospitalar de Procedimento Operacional Padrão e fluxograma de atendimento que orientem os profissionais na prestação do cuidado adequado à mulher e ao natimorto são essenciais para a superação de falhas estruturais e organizacionais em situação de óbito fetal. Com isso pode-se implantar condutas que promovam a comunicação adequada do óbito fetal à mulher, a tomada de decisão consentida e informada quanto a via de parto, a promoção de espaço e tempo para a mãe e familiares estarem com seu bebê natimorto e sobretudo o fluxo de continuidade do cuidado da puérpera e seus familiares enlutados.

Neste contexto, se faz fundamental refletir não apenas o cuidado adequado às mulheres que vivenciam situações de óbito fetal, mas também é preciso questionar como a equipe de saúde prestadora da assistência experiencia a significação dessas vivências. A assistência em contextos sensíveis e delicados que envolvem eventos traumáticos pode causar dessensibilização e adoecimento desses profissionais pelo simples fato de não saber como lidar com esses acontecimentos. É necessário também cuidar de quem cuida, proporcionando espaços saudáveis de partilha tanto individualmente como coletivos nos quais a partir da prática da reflexão conjugada com as ações promovam o bem cuidar da mulher e da equipe de assistência.

Concluo que esta manhã de prática foi de uma riqueza ímpar sendo notória a comoção de toda a equipe de saúde envolvida no cuidado à mulher mesmo tendo proporcionado um cuidado mecanizado. Há momentos em que as ações superam os protocolos, e a atuação da enfermagem no cuidado extrapola as atividades previsíveis a serem realizadas para a promoção do cuidado integral. Cada ser humano é único e suas necessidades de cuidado também, devendo

os enfermeiros estarem atentos às situações em que podem atuar de forma diferenciada para a prestação do cuidado de excelência. Me sinto grata pela vivência desta prestação de cuidado, sobretudo em um contexto de prática durante a graduação, na qual naturalmente questiona-se a proximidade ou distanciamento da prática do cuidado ideal, advindo dos conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula, e da realidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ALVES, Débora. Ferreira C.; MOURÃO, Luana Feitosa; MARQUES, Antonio Dean B.; BRANCO *et al.* Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 2, 2018. DOI: 10.36925/sanare.v16i2.1180. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1180>. Acesso em: 18 jul. 2022.

ASSIS, Heloisa Maria de.; SIVIERO, Pamila Cristina L.; DRUMOND, Eliane de Freitas et al. Óbitos fetais sob o prisma da evitabilidade: análise preliminar de um estudo para o município de Belo Horizonte. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 314-7, 2014. DOI: 10.1590/1414-462X201400030014 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/QZV3kYNnLrBhRHJk68z7c8x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 de jun. 2022.

BARROS, Patrícia de Sá; AQUINO, Érika Carvalho; SOUZA, Marta Roverly. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Rev Saúde Publ.**, v. 53, p. 12, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/154096>. Acesso em: 12 out. 2021.

BERNIS, Luc de; KINNEY, Mary V.; STONES, William *et al.* Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. **The Lancet**, v. 387, n. 10019, p. 703-16, jan. 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X) Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00954-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00954-X/fulltext). Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade e Nascidos Vivos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. Departamento de Atenção Básica, 1 ed. rev., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 318 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 15 out, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Gabinete do Ministro**, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html Acesso em: 08 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf Acesso em: 28 ago. 2022.

CNPQ. Currículo do sistema de Currículos Lattes. **Informações sobre a Doutora Vera Regina Waldow**. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, jan. 2022. Disponível em: http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?jsessionid=B6929B7125993224AAB777FF79F10920.buscatextual_3 Acesso em: 24 jul. 2022.

CUNHA, Ana Carolina; LACERDA, Josimari Telino de; ALCAUZA, Mônica Teresa R.; NATAL, Sônia. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 19, n. 2, apr-jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200011> Acesso em: 14 jun. 2022.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43015/29726>. Acesso em: 10 fev. 2022.

DUARTE, Mariane Graciano. Luto na maternidade: construção de cartilha para cuidados em situação de óbito perinatal. Dissertação. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu-SP. 2019.

GUIMARÃES, Paulo Rodrigues R. **Carta de Serviços ao Cidadão**: EBSERH, mar. 2022, 61p.

KÜBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer**. 8 Ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde Ventura de; PEIXOTO, Eliane Rezende de M. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. e saúde coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/abstract/?lang=pt> Acesso em: 12 fev. 2022.

MENEZES, Fabiana Ramos de; REIS, Gabriela Maciel dos; SALES, Aline de Abreu S. et al. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface**, v. 24, p. e180664, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180664> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SNcjQGxYnDGYbfXPCTvcsgq/abstract/?lang=pt> Acesso em: 02 mar. 2022.

MORSE, Marcia Lait; FONSECA, Sandra Costa; BARBOSA, Mariane Doelinger; CALIL, Manuele Bonatto; EYER, Fernanda Pinella Carvalhal. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, abr. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002> Acesso em: 09 mai. 2022.

MUSSI Ricardo Frankllin de Freitas, FLORES Fabio Fernandes., ALMEIDA Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, ISSN-e 2178-2679, Vol. 17, Nº. 48, 2021 (Ejemplar dedicado a: Dossiê - Pesquisa em educação: abordagens em Portugal e Brasil)

NASCIMENTO, Evany Rosário do. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE**, v. 6, n. 1, p. 141, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/8008>. Acesso em: 18 mai. 2022.

NUZUM, D., MEANEY, S., O'DONOGHUE, K. The impact of stillbirth on bereaved parents: a qualitative study. *PLoS One*, v.13, n.1, e0191635, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.019163>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5783401/pdf/pone.0191635.pdf> . Acesso em: 16 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Every Newborn: an action plan to end preventable deaths**. Geneva: WHO, UNICEF; 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 16 out.2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM**. Geneva: WHO; 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752eng.pdf;sequence=1>. Acesso em: 15 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)** –10th revision. Genebra: WHO; 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: WHO; 1996. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf . Acesso em: 28 ago. 2022.

PARADA, Cristina Maria G. L.; TONETE, Vera Lúcia P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface**, v. 12, n. 24, p. 35-46, jan-mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GCGpQxfLQqgcRvjSQsznkp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

PEREIRA, Vanessa Duca V.; ANDRADE, Eronildo de Almeida; SILVA, Wilson Antonio da; SILVÉRIO, Michelline Lins.; CORREIA, Juliana Mendes. A Atuação do Enfermeiro Obstetra e sua Efetividade na Educação em Saúde às gestantes / The Obstetric Nurse and his Effectiveness in Health Education to Pregnant Women. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 62890–62901, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n8-646. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/15721>. Acesso em: 19 jun. 2022.

PINHEIRO, Adélia Maria C. M. **Avaliação dos sistemas de informação de nascidos vivos e de mortalidade para a obtenção da mortalidade neonatal em Ilhéus, Bahia.** 2004. Tese (Doutorado em Epidemiologia), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004, 143p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-11012021-142642/publico/DR_675_Pinheiro_2003.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

REYES, Evelyn Dayanna C. **Impactos psicoemocional em gestantes com diagnostico de óbito fetal.** 2019. Tese (Mestrado em Obstetrícia), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil, Equador, 2019, 70p. Disponível em: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/42215/1/CD-552-CASTILLO%20REYES.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

ROCHA Larissa. **Cuidados a mulher que vivencia o óbito fetal: um desafio para equipe de enfermagem.** 2016, Tese (Mestrado em Gestão do Cuidado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016, 170p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/175100> Acesso em: 12 nov. 2021.

SALGADO, Heloisa Oliveira; POLIDO Carla Andreucci. **Como lidar luto perinatal: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal - Guia para profissionais de saúde.** São Paulo: Ema Livros, 2018, 127p.

SAMPAIO, Ânderson Gonçalves; SOUZA, Alex Sandro R. Indicação de cesareana em óbito fetal. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obstetr.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 169-75, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/R5BhMZvcvmvsf4GNSPDtyJm/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 13 jul. 2022.

SANTOS, Camilla da Silva; MARQUES, Juliana Freitas; CARVALHO, Francisco Herlânio C. et al. Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 2, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200010> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bsQJvjcfSHxgSnchBhM8yGD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

SERAFIM, Taynnara Caroline; CAMILO, Beatriz Helena N.; CARIZAN, Mariana Rodrigues et al. Atenção à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 42, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/cxpf9TcmWVGNprjtFqXkW9p/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20aus%C3%Aancia%20de%20ambi%C3%Aancia%20e,de%20impot%C3%Aancia%20per%20ante%20os%20casos> Acesso em: 03 fev. 2022.

TEIXEIRA, M. L.; VIEGAS, L. B.; SANTOS, L. L. dos .; SANTOS, R. S. dos .; CORREA, P. D. S. .; PITOMBEIRA, P. de C. P. .; RIBEIRO, E. A. .; SANTANA, J. S. de .; VIEIRA, B. C. F. .; BARBOSA, V. V. da S. .; OLIVEIRA, R. de C. M. .; MAGALHÃES, R. B. de S. .; CAMARGO, P. de .; SILVA, P. de A. C. .; OLIVEIRA, J. P. N. P. de .; TORRES, A. de O. .; SOARES, J. G. M. .; AMORIM, L. P. de .; PEREIRA, C. da C. .; ALMEIDA, B. G. R. F. de . Nurse assistance after perinatal loss: grief after childbirth. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e26510313106, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13106.

Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13106>. Acesso em: 19 sep. 2022.

TEIXEIRA, Lais Rogéria G. **A perda gestacional e o papel da enfermagem**: revisão de literatura. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem), Centro Universitário UNIFAG, Manhauçu, 2021, 15p. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/view/3329> Acesso em: 08 nov. 2022.

TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195815> Acesso em: 09 mai. 2022.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Projeto pedagógico do curso de graduação em Enfermagem**. Brasília, 2017. Disponível em http://fs.unb.br/images/Pdfs/Enfermagem/PPC_2017_atualizado_Enfermagem.pdf Acesso em 15 de set. 2022.

WALDOW, Vera Regina. **Cogitando sobre o cuidado humano**. Cogitare Enfermagem, v. 3, n. 2, 1998.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: Expressão humanizadora da enfermagem. 2 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, p. 161-179, 2007.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saude soc.**, v. 17, n. 3, set 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014> Acesso em: 12 mai. 2022.