



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM – MESTRADO PROFISSIONAL**

LARISSA ROCHA

**CUIDADOS À MULHER QUE VIVENCIA O ÓBITO FETAL:
Um Desafio para Equipe de Enfermagem**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Florianópolis
2016**

LARISSA ROCHA

**CUIDADOS À MULHER QUE VIVENCIA O ÓBITO FETAL:
UM DESAFIO PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre Profissional. Área de atuação: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer.

Orientadora: Profa. Roberta Costa, Dra.

Linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rocha, Larissa

Cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal : um desafio para equipe de enfermagem / Larissa Rocha ; orientadora, Roberta Costa - Florianópolis, SC, 2016.

170 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Plano de Cuidados. 4. Óbito Fetal. 5. Enfermagem Obstétrica. I. Costa, Roberta. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM

**“Cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal: um desafio para
equipe de enfermagem”.**

Larissa Rocha

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e
Enfermagem**

Profa. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado
em Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Roberta Costa (Presidente)

Profa. Dra. Maria de Fátima Motta Zampieri (Membro)

Profa. Dra. Margarete Maria de Lima (Membro)

Profa. Dra. Vitória Regina Petters Gregório (Membro)

Dedico este trabalho aos
profissionais da saúde
e às mulheres que viveram a
imensidão da maternidade,
mas esbarraram na perda gestacional,
onde o parto torna-se partida e a
chegada despedida.

AGRADECIMENTOS

A construção de uma dissertação requer imersão, dedicação e inovação. Esta jornada foi repleta de acontecimentos e aprendizados que enriqueceram as minhas experiências de vida e as páginas que se seguem. Foi um processo envolto por questionamentos e desafios diários, e para superá-los, inúmeras formas de auxílio foram essenciais.

Por isso, agradeço primeiramente à Deus por permitir que eu tenha saúde e perseverança para superar os obstáculos, por me dar a serenidade para esperar o tempo de cada acontecimento. Obrigada por me guiar, por me acalmar, por me proteger e por permitir as conquistas.

Aos meus amados pais e irmãos, Edinara, Valdir, Elton e João Paulo, que me deram a base e a oportunidade para que eu pudesse ir onde eu quisesse, com amor, responsabilidade e educação, sem esquecer das minhas raízes. Obrigada pelo amor que me deram e por me ensinarem a amar, cada um a seu tempo e a sua maneira. Amo vocês!

Ao meu marido, Junior, que muitas vezes compreendeu minha ausência, me apoiou, e muito embalou a Beatriz para que a mamãe conseguisse construir esse sonho. Acredite, todas as dificuldades que enfrentamentos mostrou-me que conseguimos continuar nossa caminhada. Amo você!

A minha amada filha, Beatriz, que foi muito esperada e bem vinda, que chegou de forma turbulenta em meio ao mestrado, de cesárea de urgência, com internação de UTI Neonatal, mas que permitiu a minha imersão no turbilhão de sentimentos que a maternidade traz. Coleciono as lembranças dos nossos momentos com muito afeto, como dos seus movimentos na barriga, do nosso primeiro toque cheio de vérnix, do primeiro colo que te dei, da nossa primeira amamentação e em especial de quando você me olhou nos olhos pela primeira vez. Meu amor por você transcende a minha existência.

Aos que estiveram presente na defesa da dissertação, Lisi, Camila Furtado, Eliana Wiggers e Eliane de Souza, Sônia, Juliana, Amanda, Alexandre, Marcelo, Junior e Beatriz. Vocês, cada um a sua maneira, foram muito importantes para a construção desse trabalho. Obrigada pelo carinho de estarem presentes neste momento tão importante. Vocês são muito especiais.

Às minhas amigas Sahmy, Mari, Carol e Nessa que compreenderam a minha ausência e estiveram ao meu lado em todas as dificuldades durante esse processo. Vocês fazem parte do que eu sou! Amo vocês e sei que estaremos juntas sempre!

À minha amiga Carolina de Melo, que me foi apresentada durante o mestrado, mas que me ensinou muito sobre a vida, sobre o enfrentamento da morte e do morrer, sobre a ética profissional. Admiro muito você como mulher, como enfermeira, como mãe e como amiga. Aprendi com você a ver o que, de fato, é importante. Você é um presente que mestrado me deu.

À equipe do Hospital Regional que me acolheu como profissional e que muito me ensinou, em especial à equipe de enfermagem que auxiliou no processo de construção deste trabalho. Apesar das dificuldades do cotidiano, encontramos formas para superá-las para o bem cuidar das mulheres, bebês e familiares.

Agradeço também às mulheres a quem prestei cuidados, em especial as que perderam seus bebês e dividiram comigo a sua dor comigo. Minhas práticas de cuidado mudam a cada dia pensando em melhor cuidar de vocês, que sofrem a dor da perda, mesmo antes de parir. Aprendi com vocês a ver a morte como parte da vida, que ela necessita de cuidados individualizados.

Aos queridos amigos Simara e Sandro, que juntos esperamos e recebemos o Davi, sofremos sua perda e o acolhemos como um anjo para que mais tarde celebrássemos a chegada da Mariah. Guardo suas margaridas com muito carinho. Vocês são muito especiais.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina, minha escola de Enfermagem, que me formou e abriu a mim as portas para esta profissão tão bonita, que exerço com tanto amor. Agradeço também à Obstetrícia que me encanta desde antes da graduação, que me fez amar ser mãe mesmo antes de conceber um filho. O processo de gestar e parir é lindo, enche meus olhos e ainda me emociona, mesmo com o passar do tempo.

Ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém Nascido (GRUPESMUR) que me permitiu ampliar o horizonte de possibilidade pesquisa e me fez crescer enquanto pesquisadora.

Ao Mestrado Profissional de Enfermagem que me permitiu realizar esta Pesquisa Convergente Assistencial, que emergiu da realidade assistencial e para modificar as práticas de cuidado.

Ao Programa UNIEDU Pós Graduação da Secretaria Estadual de Educação do Estado de Santa Catarina por financiar a pesquisa.

À banca examinadora do projeto desta pesquisa e da Dissertação pelas contribuições, minhas queridas professoras Marisa Monticelli, Manuela Beatriz Velho, Maria Emilia, Maria de Fátima, Vitória, Margarete e Maria Hernandez, admiro muito vocês. São professoras e pesquisadoras de qualidade, sensíveis, inovadoras e que acolhem a boa

vontade de quem quer aprender e transformar o modo de cuidar. Vocês fizeram parte da minha formação enquanto enfermeira, cuidadora e pesquisadora, e orgulho-me muito disso.

A minha querida orientadora, Roberta Costa, que com carinho me ensinou e me conduziu nesta construção. Você me acolheu, abraçou a minha causa com seu olhar sensível e dedicado, compreendeu as minhas dificuldades, e principalmente, a minha maternidade. Nunca vou esquecer disso! Muito, muito obrigada!

E por fim, à vida, que me permitiram em meio ao mestrado me especializar em obstetrícia, casar, ter sido escolhida com mãe por uma filha linda e amada, por gestar, por “parir” e por vivenciar o puerpério, enfim, aos acontecimentos que me surpreenderam e me transformaram.

Muito obrigada!

*Desejo um novo amanhecer
Sem nunca te perder nem esquecer
Desejo te embalar nos meus braços
Te ofertar os meus afagos
Desejo aprender a me despedir
Sem você partir
Desejo extrair as lições da sua vida
Mesmo sem ter podido te dar boas vindas
Desejo que essa dor cesse com o tempo
Mas preciso do seu acalento
Desejo reviver o passado
Ter você ao meu lado
Desejo ser perdoada por qualquer descuido na gravidez
Apesar de saber que seria mãe outra vez
Desejo um dia te encontrar
E pra sempre te amar.
(Larissa Rocha Lupi)*

ROCHA, Larissa. *Cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal: um desafio para equipe de enfermagem*. 2016. 170 p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.¹

RESUMO

Pesquisa qualitativa, convergente assistencial com objetivo de construir em conjunto com a equipe de enfermagem um Plano de Cuidados de Enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal. Os conceitos e pressupostos de Paulo Freire, da Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy e do processo de enfrentamento da morte e do morrer de Elizabeth Kübler-Ross fundamentaram a investigação. Foi desenvolvida em uma maternidade de um hospital público no sul do Brasil, com 23 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados deu-se em novembro de 2014, e em abril e maio de 2015, a partir de uma prática educativa com a equipe de enfermagem, e foi dividida em seis momentos, dois à distância e quatro presenciais. As etapas à distância buscaram despertar o interesse sobre o processo de morte e morrer no cotidiano dos profissionais no contexto da maternidade, e as etapas presenciais proporcionaram rodas de conversa e momentos críticos reflexivos dos profissionais sobre a temática. Os encontros foram gravados, audiotranscritos e posteriormente analisados seguindo as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência. O registro foi feito através das notas de discussão em grupo e notas do diário. Os resultados obtidos foram apresentados de formas distintas. Inicialmente um manuscrito apontou as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento à mulher que vivencia o óbito fetal, descrevendo a árdua tarefa de lidar com a morte na maternidade, apontando as falhas na comunicação entre o profissional e a mulher, a necessidade de implementação das boas práticas obstétricas no trabalho de parto e parto, além da lacuna na educação dos profissionais da enfermagem para o enfrentamento da situação. Em seguida foram apresentados o produto da Dissertação, que constou de um Plano de Cuidados de Enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal, sendo descritos e justificados os cuidados necessários a cada fase da passagem da mulher pela maternidade, visando a humanização e a integralidade do

¹ Esta Dissertação de Mestrado foi financiada pelo Programa UNIEDU/FUMDES Pós-Graduação da Secretaria do Estado da Educação de Santa Catarina.

cuidado. Também foram elaborados os fluxogramas de atendimento à mulher que vivencia o óbito fetal. Esta pesquisa possibilitou, a partir da ação-reflexão- ação, perceber as mudanças necessárias para o bem cuidar da mulher. Foram apontadas dificuldades importantes na comunicação entre a enfermagem e as mulheres e no acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério, em especial a não utilização de métodos para alívio da dor, e a falta de estímulo para a deambulação e a livre posição de trabalho de parto e parto. Os profissionais também apontam falhas estruturais e organizacionais da instituição que acabam expondo a mulher a choro de recém nascido, fotos e cheiro de bebês. A organização, a humanização dos cuidados de enfermagem e uma equipe qualificada específica para prestar cuidados à esta mulher, podem melhorar a relação de vínculo com a mulher e auxiliar na elaboração do luto. Por fim, são necessárias futuras pesquisas que abordem a percepção das mulheres e dos profissionais sobre a efetivação destas mudanças e as necessidades de novas adequações.

Palavras-chaves: Cuidados de enfermagem. Plano de cuidados de enfermagem. Óbito fetal. Enfermagem Obstétrica. Atitude frente a morte.

ROCHA, Larissa. *Care to woman who experiences fetal death: a challenge for nursing staff*. 2016. 170 p. Dissertation (Professional Master) Postgraduate Program in Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.²

ABSTRACT

Qualitative research, convergent care in order to build together with the nursing staff a Nursing Care Plan to woman who experiences fetal death. This investigation was based on the concepts and assumptions from Paulo Freire, of the Theory of Adaptation of Sister Callista Roy and death confrontation process and dying from Elizabeth Kübler-Ross. It was developed in a maternity ward of a public hospital in southern Brazil, with 23 professionals of nursing team. The data collection took place in November 2014, and in April and May 2015, from an educational practice with the nursing staff, and was divided into six moments, two at distance and four personally. The steps at a distance sought to arouse the interest over the process of death and dying in the professional daily routine in the maternity context, and face-to-face steps provided rounds of conversation and critical reflective moments of professionals about the subject. The meetings were recorded, audio transcribed and later analyzed by following the steps of apprehension, synthesis, theorization and transference. The record was made by notes from discussion group and diaries. The results were presented in distinct ways. Initially a manuscript pointed out the difficulties faced by the nursing staff in care of woman who experiences fetal death, describing the arduous task of dealing with death in maternity, pointing out the miscommunication between the professional and the woman, the need to implement best obstetric practices in labor and delivery, in addition to the gap in the education of nursing professionals to confront the situation. Then were presented the product of the dissertation, which consisted of a Nursing Care Plan to women who experiences fetal death, being described and justified the care needed for each stage of the motherhood, aiming at care's humanization and integrality. Flowcharts of care for women who experience fetal death have also been prepared. This research has made it possible, from the action-reflection- action, realize the necessary changes for the good care of woman. Important difficulties in communication between nursing and women and

² This thesis was funded by the program UNIEDU/FUMDES Graduate of State Secretariat of Education of Santa Catarina.

monitoring of labor, delivery and puerperium, in particular the non-use methods for pain relief and the lack of stimulus for ambulation and free position of labor and delivery were pointed out. The professionals also identified structural and organizational flaws of the institution that end up exposing the woman to newborn crying, photos and smell of babies. The organization, the humanization of nursing care and a specific qualified staff to provide care to this woman, can improve bonding relationship with the woman and assist in the preparation of mourning. Finally, future researches are needed to address the perception of women and professionals about the effectiveness of these changes and the needs of new adaptations.

Keywords: Nursing care. Patient care planning. Fetal death. Obstetric nursing. Attitude to death.

ROCHA, Larissa. *Cuidados a la mujer que vivencia el muerte fetal: un desafío para el equipo de enfermería*. 2016. 170 p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.³

RESUMEN

La investigación cualitativa, convergente asistencial, con el objetivo de construir junto con el personal de enfermería de un Plan de Atención de enfermería a las mujeres que experimentan la muerte del feto. Los conceptos y hipótesis de Paulo Freire, de la teoría de adaptación sistémica de Callista Roy y del proceso de afrontamiento de la muerte y de morir de Elizabeth Kubler-Ross basan la investigación. Fue desarrollado en una sala de maternidad de un hospital público en el sur de Brasil, con 23 profesionales del equipo de enfermería. La recolección de datos se llevó a cabo en noviembre de 2014 y en abril y mayo de 2015, a partir de una práctica educativa con el personal de enfermería, y se dividió en seis ocasiones, dos de distancia y cuatro presenciales. Las etapas a distancia buscaron despertar el interés del proceso de la muerte y el morir en el día a día profesional en el contexto de la maternidad, y las etapas presenciales proporcionaron círculos de conversación y momentos de reflexión crítica de profesionales sobre el tema. Los encuentros fueron grabados audiotranscritos y analizados más adelante, siguiendo las etapas de aprehensión, la síntesis, teorización y transferencia. El registro se realizó a través de las notas de discusión en grupos y notas del diario. Los resultados se presentan en diferentes formas. Inicialmente el manuscrito apuntó como las dificultades enfrentadas por la enfermería no atendiendo a la mujer que vivencia el óbito fetal, describiendo una tarea árdua de lidiar con una muerte en la maternidad, apuntando como fallas en la comunicación entre el profesional y la mujer, una necesidad de implementación de buenas Prácticas obstétricas no laborales de parto y parto, además de la laguna en la educación de los profesionales de enfermería para el enfrentamiento de la situación. Em seguida, fueron presentados resultados de la disertación que resultó un plano de atención de Enfermería a la atención de la mujer que vivencia el óbito fetal, siendo descritos y justificados los cuidados necesarios a cada fase de pasaje de la mujer por la maternidad, visando la humanización y la

³ Dissertação financiado por el Programa de UNIEDU / FUMDES Pós-graduação la Secretaría de Estado de Educación de Santa Catarina.

integridade de la atención . También fueron elaborados en los flujos de atención a la mujer que viven en el óbito fetal. Esta investigación possibilito a partir de la acción-reflejo-acción, percibir como cambios para el bien cuidar de la mujer. Fueron apuntados dificultades importantes en la comunicación entre las enfermeras y las mujeres y no hay un seguimiento del trabajo de parto, el parto y el puerperio, en especial no se utilizan métodos para alivio del dolor y la falta de estímulo para la deambulaci3n y libre posici3n del trabajo de parto y parto. Los profesionales tambi3n apuntan fallas estructurales y lo organizaciones de la instituci3n que acaba de exponiendo a la mujer a un choro del recién nacido , fotos y olor de los beb3s. Una organizaci3n, la humanizaci3n de los cuidados de enfermería y un equipo cualificada específica para el cuidado a esta mujer, pueden mejorar una relaci3n de v3nculo con una mujer y ayudar en la elaboraci3n de luto. Por fim, son importantes futuras investigaciones que aplican a la percepci3n de las mujeres y los profesionales sobre una efectividad de las modificaciones y las necesidades de las nuevas adecuaciones.

Palabras clave: Atenci3n de Enfermeria. Planificaci3n de atenci3n al paciente. Muerte fetal. Enfermería obstétrica. Actitud frente a la muerte.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Itinerário da mulher com óbito fetal	117
Figura 2 - Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal no período pré-parto	119
Figura 3 - Fluxograma de cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal no período trabalho de parto e parto.....	120
Figura 4 - Fluxograma de cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal - período puerpério imediato	121
Figura 5 - Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal nos cuidados com o natimorto	122
Figura 6 - Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal para a alta do CO	123
Figura 7 - Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal no puerpério mediato	124
Figura 8 - Recomendações para a comunicação profissional-mulher .	125
Figura 9 - Recomendações para a humanização do cuidado, o acolhimento e o vínculo profissional-mulher	126

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	MARCO CONCEITUAL	31
2.1	PRESSUPOSTOS.....	35
2.2	CONCEITOS.....	36
2.2.1	Ser humano	36
2.2.2	Enfermagem	37
2.2.4	Processo de viver humano	39
2.2.5	Processo Educativo	39
2.2.6	Cuidado de Enfermagem	40
3	DESENHO METODOLÓGICO	43
3.1	CONTEXTO DA PESQUISA.....	43
3.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	48
3.3	OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	49
3.3.1	Momento 1: sensibilização para a temática	50
3.3.2	Momento 2: primeira roda de conversa	50
3.3.3	Momento 3: teorização	51
3.3.4	Momento 4: segunda roda de conversa	52
3.3.5	Momento 5: terceira roda de conversa	53
3.3.6	Momento 6: quarta roda de conversa	53
3.4	REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS.....	54
3.5	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	55
4	RESULTADOS	57
4.1	MANUSCRITO: QUANDO O PARTO TORNA-SE DESPEDIDA: DIFICULDADES DA ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER COM ÓBITO FETAL.....	59
4.2	PRODUTO FINAL.....	83
4.2.1	Plano de cuidados de enfermagem à mulher que vivenciam o óbito fetal em âmbito hospitalar	83
4.2.1.1	Cuidados Gerais que Permeiam Todas as Etapas do Processo de Nascimento no Óbito Fetal.....	86
4.2.1.2	Cuidados de Enfermagem no Período Pré-Parto no Óbito Fetal.....	96
4.2.1.3	Cuidados de Enfermagem no Trabalho de Parto, Parto e Puerpério Imediato no Óbito Fetal.....	102
4.2.1.4	Cuidados de Enfermagem no Puerpério Mediato no Óbito Fetal.....	112
4.2.2	Fluxogramas de atendimento à mulher com diagnóstico de óbito fetal em âmbito hospitalar	116

4.2.2.1	Fluxograma relativo ao itinerário da mulher com óbito fetal	117
4.2.2.2	Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal no período pré-parto.....	119
4.2.2.3	Fluxograma de cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal no período trabalho de parto e parto.....	120
4.2.2.4	Figura 4 - Fluxograma de cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal - período puerpério imediato	121
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
	REFERÊNCIAS.....	139
	APÊNDICE A – I Ciclo de Educação permanente sobre a assistência de enfermagem ao óbito fetal	151
	APÊNDICE B – Roteiro-guia para as rodas de conversa	153
	APÊNDICE C - Convite geral para as oficinas.....	154
	APÊNDICE D - Convite individual para as oficinas.....	155
	APÊNDICE E – Circulo de justificativas para os problemas	156
	APÊNDICE F – Engrenagem de soluções	157
	APÊNDICE G – Instrumento de avaliação das oficinas	158
	APÊNDICE H - Etapa metodológica de análise dos dados – Notas do diário	160
	APÊNDICE I – Etapa metodológica de síntese	160
	APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	161
	ANEXO I – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas.....	165
	ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	166

1 INTRODUÇÃO

O processo gestacional é uma experiência envolta pela subjetividade. Sentimentos contraditórios como a felicidade, o prazer e o bem estar, a angústia, o medo e a ansiedade são evidenciados na maioria das vezes (BARBOSA et al., 2013). Isso pode ser justificado pela vinculação mãe-bebê que tem início desde as primeiras semanas de gestação, de forma consciente e inconsciente, e a ligação natural entre o binômio pela existência do cordão umbilical (KLAUS; KENNEL, 1993).

Estudiosos ressaltam que a gestação configura-se um projeto de vida, que resulta em uma mudança de papéis e criação de responsabilidade, planejamentos e preparação para a chegada do novo membro da família, ou até mesmo a construção de uma família, após a confirmação do nascimento (BOWLBY, 1984; KLAUS, KENNEL, 1993; ROCHA et al., 2012; SILVA et al., 2013; OREANO et al., 2014). Com o passar do tempo e o crescimento do feto, as expectativas diante da nova vida aumentam. O bebê ideal começa a tomar forma e torna-se cada vez mais real, concreto e próximo à medida que se relaciona com o meio e com os indivíduos, através da movimentação fetal (BOWLBY, 1984; KLAUS, KENNEL, 1993; SILVA et al., 2013; BRASIL, 2013). Esta vinculação mãe-filho vai ganhando intensidade com o desenvolvimento da gestação, havendo um estreitamento e fortalecimento dos laços afetivos.

O processo gestacional, porém, pode ser interrompido de alguma forma e, em certos casos, bruscamente. Esta interrupção vem embutida de significados que vão de encontro a tudo que foi planejado durante os meses de gestação. O estado gravídico, que significava vida, pode transformar-se em incertezas e perdas, trazendo consigo uma cascata de sentimentos negativos, como resultado da quebra de expectativas (PANEQUE, 2011; SMART, SMUTH, 2013; RYNINKS et al., 2014).

Talvez a situação que represente a maior destas quebras de expectativas no período gravídico possa ser o óbito fetal, o que representa o enfrentamento do processo de morte e morrer em situação de nascimento (SIMWAKA; KOK; CHILEMBA, 2014). O processo de morte e morrer, em especial quando acontece de forma inesperada, pode dificultar o processo de adaptação de todos os envolvidos, sejam os pacientes ou seus cuidadores (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005).

Apesar de não haver consenso sobre a definição de óbito fetal⁴ (SAMPAIO; SOUZA, 2010), o Ministério da Saúde (2012a) conceitua-o como o óbito ocorrido intraútero em qualquer idade gestacional, a partir da fecundação, antes da exteriorização completa do corpo materno.

O óbito fetal pode ser classificado como:

- a) precoce: até 20 semanas de gestação e peso fetal até 500 gramas;
- b) intermediário: entre 20 e 28 semanas de gestação e peso fetal entre 500 e 1000 gramas;
- c) tardio: a partir de 28 semanas de gestação e peso superior a 1000 gramas (SAMPAIO; SOUZA, 2010; KLEIN et al., 2012).

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde (2012a) conceitua o abortamento como a interrupção da gestação antes da 22^a semana. O aborto é, assim definido, como o produto da concepção eliminado no processo de abortamento, sendo considerado precoce quando antes das 13 semanas e tardio entre as 13 e 22 semanas.

Em relação à taxa de mortalidade fetal no Brasil, no ano de 2010, foi registrada 10,97/1.000 nascimentos, 5 vezes maior que em países desenvolvidos (BARREIRO et al., 2015). Sendo que este indicador é pouco trabalhado tanto na literatura quanto em políticas públicas (FROEN et al., 2011). Em uma revisão sistemática de 27 estudos publicados entre 2003 e 2013 sobre a perda perinatal, apenas 13 foram específicos sobre o óbito fetal, mostrando a baixa visibilidade do evento apesar de sua importância (BARREIRO et al. 2015).

Com relação às causas do óbito fetal, estão relacionadas à hipóxia intrauterina, ligada a alterações maternas, alterações da placenta, de membranas e fetais. As causas maternas estão relacionadas a hipertensão, a diabetes, a sífilis, e as demais doenças de base, além do sangramento de terceiro trimestre gestacional, de quadros infecciosos, da baixa adesão ao pré-natal, do baixo nível de escolaridade e socioeconômico e das atitudes de risco da mãe. As causas placentárias apontadas são a placenta prévia, o descolamento da placenta e processo de calcificação precoce. Dentre as alterações fetais, estão citadas as más formações do feto e do cordão, além da ruptura prematura de membranas e o trabalho de parto prematuro (BARREIRO et al. 2015). Apesar das diversas causalidades para o óbito fetal, muitas investigações

⁴ Os termos óbito fetal e perda gestacional serão utilizados de modo intercambiável e similar para denominar o óbito ocorrido intraútero em qualquer idade gestacional (BRASIL, 2012a; LEMOS, CUNHA, 2015).

do óbito não conseguem ser claras sobre o motivo e em sua grande maioria não trazem uma especificação a não ser a hipóxia intrauterina (BARREIRO et al. 2015). A qualidade da informação das declarações de óbito fetal também é deficiente e considera para quase 100% das causas a hipóxia intrauterina, CID-10, o que não ajuda em nada nos desfechos do problema (BARREIRO et al., 2015).

Apesar dos estudos que vem sendo desenvolvidos sobre as causas dos óbitos fetais, a partir do ano de 2000, ainda são necessários avanços epidemiológicos que se preocupem em desvendar os determinantes biológicos e socioambientais que contribuem para a interrupção da gestação (SAMPAIO, SOUZA, 2010; SANTOS et al., 2012; LEMOS, CUNHA, 2015). A mortalidade materna, perinatal e neonatal são indicadores de saúde importantes para a análise da assistência obstétrica e neonatal, e permitem a avaliação da assistência no ciclo gravídico puerperal (SILVA; MONTEIRO, 2014). A partir destes indicadores, diversas políticas públicas brasileiras vêm sendo efetivadas, buscando melhorias para o sistema de saúde brasileiro. Como exemplo, temos a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) e os Pactos pela vida e em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), além do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil (2004) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que foram estabelecidos tendo como prioridade da atenção à saúde a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

De forma geral, a PNH, apesar de não especificar sobre os cuidados ao óbito fetal, ela traz a definição de protocolos clínicos nas urgências e emergências e a garantia de continuidade da assistência. Já, o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a PHPN, de forma mais específica, falam sobre os plenos direitos das mulheres em todo o seu ciclo gravídico-puerperal, e citam a identificação de fatores de risco e a necessidade do cuidado integral à mulher e à criança, com intuito de melhoria dos indicadores de saúde afora a garantia de atendimento seguro e de qualidade (BRASIL, 2004b, BRASIL, 2012a).

Em 2011 o governo federal envidou esforços no sentido de efetivar Rede Cegonha, que busca reafirmar as políticas pré-existentes para a melhoria da assistência no pré-natal, parto e nascimento, puerpério e na atenção integral ao recém nascido (BRASIL, 2013). Apesar de existir uma série de políticas públicas brasileiras que visam os

cuidados à mulher no ciclo gravídico puerperal, as situações de óbito fetal não são devidamente exploradas.

Cabe destacar também que o SUS tem adotado medidas através da regulamentação da vigilância de óbito materno, infantil e fetal para desvendar suas etiologias e aprimorar medidas de prevenção e controle. Uma das ações adotadas foi a implantação dos comitês de óbito materno, infantil e fetal como uma importante estratégia para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e aumento da qualidade das informações referentes aos eventos visando propor intervenções para a redução da mortalidade (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Recentes produções científicas têm buscado a compreensão e reflexão sobre o estado gravídico puerperal, saudável e patológico, que necessitam de uma atuação cuidadosa, multiprofissional e com vistas a (re)construir conhecimentos para melhorar o padrão assistencial engessado das instituições (MORAES, 2010; SANTOS et al., 2012; BRASIL, 2012a; SANFELICE et al., 2013; MUNÕZ et al., 2013; SILVA et al., 2013; SMART, SMUTH, 2013; SIMWAKA, KOK, CHILEMBA, 2014; OREANO et al., 2014). Porém, existe também a necessidade de uma visão integral sobre os sujeitos, neste caso, a mulher em todo o seu ciclo gravídico puerperal.

Apesar do cuidado materno e infantil terem adquirido maior relevância nas propostas governamentais de atenção à saúde, ainda necessitam de um olhar cuidadoso em relação a algumas condições específicas, como no caso da mulher que passa pelo óbito fetal, visto que esta temática encontra-se ainda à margem das políticas públicas brasileiras (SANTOS et al. 2012; STEEN, 2015). É notório que as mulheres que vivenciam a perda gestacional, independente de sua causa e conduta clínica, precisam ter uma rede de apoio e uma assistência de enfermagem organizada, individualizada e de qualidade, para além do modelo tecnocrático, orientado pelas rotinas e protocolos da instituição (SANTOS et al., 2012; RYNINKS et al., 2014).

O manual de alto risco gestacional, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2012, disserta um pouco sobre o comportamento do profissional na hora da notícia e de como conduzir a situação em caso de óbito fetal, mas de forma bastante genérica. Existem inúmeros protocolos para indução de trabalho de parto, conduta expectante ou passiva de acordo com cada instituição, alguns também guiados pelo Ministério da Saúde (2012a). No entanto, os cuidados de enfermagem e um fluxograma da assistência de enfermagem, neste momento, ainda estão muito aquém da real necessidade assistencial.

Em minha prática profissional, atuando como enfermeira na Emergência Obstétrica do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, dentre vários eventos que me marcaram, o que tem merecido maior atenção é presenciar o óbito fetal e as repercussões geradas na família e na vida da mulher. Na primeira vez, com apenas um mês de experiência no setor, sem ser apresentada às normas, rotinas ou padronizações de condutas específicas nesse caso, recebi na unidade uma gestante primigesta, com um pouco mais de 40 semanas gestacionais saudáveis, até então sem intercorrências, acompanhada pelo marido, com queixa de diminuição da movimentação fetal. Na tentativa de auscultar os Batimentos CardioFetais (BCF) não consegui auscultá-los. Trêmula e insegura chamei o plantonista, que obteve o mesmo resultado, ausência de BCF. O casal foi encaminhado à sala de ultrassonografia rapidamente, e já aos prantos receberam a “má notícia” do óbito fetal.

Esta situação me trouxe inúmeras perguntas: “Como dar a notícia? O que devo falar? Devo ficar em silêncio? Devo chamar algum outro profissional? Qual será o melhor momento para dar as orientações? Do que os pais precisam?” E me colocando no lugar desses pais, imaginei toda dor e sofrimento no processo de enfrentamento desta perda e do que viria a seguir. “Como essa mãe vai se sentir parindo um filho morto? Como vai ser ir para casa e ver suas fotos com barriga de gestante? E o berço montado ao lado da cama? Como dizer o que devem fazer com o corpo do bebê? Como falar sobre dar um nome, sobre o enterro e sobre todos os rituais, de acordo com sua cultura?”

Estas inquietações que descrevem a mobilização dos sentimentos vividos pela mulher diante do diagnóstico do óbito fetal, trazem a tona também a dificuldade dos profissionais de saúde, diante da perda de um bebê (KÜBLER-ROSS, 2005; SANTOS et al., 2012; SIMWAKA, KOK, CHILEMBA, 2014).

A situação da interrupção gestacional, pela morte do bebê, desconstrói a percepção dos profissionais de saúde, que veem a maternidade como um local em que são acolhidas novas vidas e onde as famílias, muitas vezes, concretizam seus sonhos (WINNICOTT, 2001; PANEQUEN, 2011; SILVA et al., 2013; LEMOS, CUNHA, 2015). É um momento de muito sofrimento, de difícil compreensão e aceitação também para a equipe de saúde, que precisa adaptar-se ao processo de morte e morrer, para que esta seja conduzida da melhor forma possível (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005; SANTOS et al., 2012).

Os profissionais de saúde prestadores da assistência, neste momento, precisam lidar com o processo de morte e morrer em seu

cotidiano, porém não estão preparados para conduzir o momento e nem sabem como atuar para minimizar o sofrimento da mãe e também o próprio sofrimento (SANTOS, ROSENBERG, BURALLI, 2004; AMPARE, PEROSA, HAAS, 2007; SANTOS et al., 2012; JASKOWIAK, ZAMBERLAN, FONTANA, 2013; SILVA et al., 2013). Estes autores ainda falam sobre a necessidade de um melhor preparo dos profissionais para lidar com a morte, em especial na maternidade. Neste local, os profissionais devem estar sensíveis às demandas da mulher e do acompanhante que vivenciam a perda, bem como precisam elaborar suas necessidades e fortalecer suas capacidades para poder ajudar a mulher e a família a enfrentar este momento difícil e triste (STEEN, 2015).

Vale ressaltar que nem sempre os profissionais conseguem elaborar e compreender estes sentimentos, e como proteção e forma de enfrentamento/adaptação, se “endurecem”, e acabam banalizando a morte no cotidiano assistencial (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005; SIMWAKA, KOK, CHILEMBA, 2014), reforçando assim, a necessidade de se discutir sobre este tema.

A falta de padronização das condutas de enfermagem, de espaços de discussão sobre as rotinas diárias, de capacitações, de planos de cuidados de enfermagem à mulher com perda gestacional detalhados em suas etapas, nesse cenário de cuidado, podem ser alguns dos fatores que influenciam diretamente na qualidade da assistência (MEDEIROS, LUSTOSA, 2011; MÜLLER, ZAMPIERI, 2014).

Estas questões tornaram-se um desafio profissional e uma motivação de aprendizagem, com o intuito de compreender todo este processo detalhadamente, em suas etapas, que precisam ser vividas obrigatoriamente, tanto pelos pais quanto pelos profissionais de saúde. A partir destas inquietações, optei por investigar esta problemática durante o curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem, buscando subsídios que possam me auxiliar e a outros profissionais nesta caminhada.

Como a questão investigativa emergiu da minha prática profissional, escolhi desenvolver uma Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), procurando me instrumentalizar como pesquisadora, optando pela construção do conhecimento que aproximasse a teoria da prática e propiciasse ajuda mútua entre pesquisador e participantes da pesquisa. Desta forma, os problemas relacionados à temática poderiam ser elencados a partir da reflexão e interação entre os sujeitos envolvidos, com o intuito de reduzir ou, até

mesmo, solucionar os problemas, transformando a prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Partindo desse contexto, delimitou-se como **pergunta de pesquisa**: Quais cuidados de enfermagem auxiliam no processo de adaptação da mulher que vivencia o óbito fetal?

Com isso, o estudo teve por **objetivo principal**: Elaborar, em conjunto com a equipe de enfermagem, um plano de cuidados para as mulheres que vivenciam o óbito fetal.

E como objetivos específicos:

- a) Refletir com os profissionais de enfermagem sobre o processo de morte e morrer na maternidade;
- b) Elencar com a equipe de enfermagem as dificuldades enfrentadas no atendimento à mulher com diagnóstico de óbito fetal;
- c) Levantar os cuidados necessários para compor o plano de cuidados de enfermagem para estas mulheres;
- d) Construir fluxograma de atendimento às mulheres que vivenciam o óbito fetal desde sua chegada até a alta hospitalar.

2 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual é idealizado como a concepção mental individual sobre a significância de algo (ANGERAMI; MENDES, 1989). Estes autores ressaltam que o marco conceitual permite elaborar pensamentos individualizados, organizadamente pontuados, e conceituar cada componente importante de forma a conduzir todo um processo investigativo. Possibilita ainda, a melhor compreensão do problema através de sua significância, que pode ser influenciada culturalmente, dando origem aos pressupostos. Desta forma, o marco conceitual é elaborado a partir de pressupostos e conceitos.

O pressuposto é o pensamento sobre algo que pode ser organizado mentalmente como ideia abstrata, podendo então ser influenciado por conhecimentos e percepções prévias de cada ser, e impressa através da comunicação verbal ou não verbalmente. Trata-se da relação de diversos conceitos. Os pressupostos são pensamentos arraigados de crenças e valores expressos pelo autor, que não tem como pré-requisito o embasamento científico (TRENTINI, PAIM, 2004; JAPIASSÚ, MARCONDES, 2008).

Além disso, a conceituação pode auxiliar o processo de internalização do contexto exposto. A palavra conceito deriva do latim *conseptus*, do verbo *concupere* que pode ser compreendido como “conceber”, “conter completamente” ou “formar dentro de si”, compreendida como “simbologia intelectual” ou “partícula de conhecimento” (TRENTINI, PAIM, 2004; JAPIASSÚ, MARCONDES, 2008, p.50). “Conceitos são abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 51). Sua função desvendou e delimitou o que se foi conceituando, clareou os problemas, as metas e os resultados esperados, embasando e respaldando a tomada de decisão (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006).

Para esta pesquisa convergente assistencial, fez-se necessário tecer e organizar algumas ideias para que fosse possível sua melhor compreensão. A construção de pressupostos e conceitos propiciou a assimilação de componentes indispensáveis para contextualização da minha prática de investigação, através da exposição de seus significados da forma mais completa possível. Assim, os pressupostos e conceitos foram elaborados, para assessorar a interiorização do contexto vivenciado pela equipe de enfermagem no atendimento à mulher com perda gestacional, a partir das minhas crenças, percepções e valores

pessoais e da minha experiência profissional, além dos pressupostos da Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy (1984), da Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire (2009) e do processo de morte e morrer de Kübler-Ross (2005).

A Pedagogia Problematicadora de Freire (2009) proporciona um processo educativo, capaz de transformar a realidade por possibilitar a reflexão tanto do educado, quanto do educador, neste caso, pesquisador e participantes da pesquisa, visto que ambos são atores da prática assistencial. O diálogo pode ser o caminho para esta reflexão. Através da relação dialógica sobre determinada situação-problema é possível à conscientização através da reflexão crítica sobre as circunstâncias e sobre suas próprias ações, para que assim, deixem de ser espontâneas/impensadas e passem a ser refletidas (FREIRE, 2009).

Assim, espera-se nesta PCA incentivar a ação-reflexão-ação da equipe de enfermagem sobre sua assistência na maternidade, em seu contexto, promovendo o desvelamento da consciência crítica, para fomentar transformações através da capacitação, detecção de problemas e busca de soluções originais (COSTA, 2005). Além disso, ela permite ver, aprender e refletir sobre a experiência e seus significados para os profissionais da equipe enquanto cuidadores de gestantes com perda gestacional e resulta em direcionar os cuidados de enfermagem de acordo com o que refletiram sobre sua prática.

A partir de Freire (2009), entendo diálogo como sendo a forma de comunicação horizontal entre dois polos que se relacionam pela empatia, fazendo-se críticos na busca de algo. Portanto, o diálogo é a comunicação do ser humano consigo mesmo, com os outros seres humanos e com o mundo, de maneira crítica, procurando a transformação deste mundo, de modo que ele (o ser humano) possa ser mais. No intuito de que haja a dialogicidade, principalmente enquanto possibilidade de um aprender recíproco, com o objetivo de buscar uma ação e reflexão autêntica sobre a realidade individual e coletiva, Freire (1999), propõe encontros onde todos os participantes possam usar da palavra, em condições de horizontalidade; um lugar onde todos tenham as mesmas oportunidades de “ler” e “escrever” o mundo; um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências e que possibilitem a construção coletiva do conhecimento. Nesta investigação, estes espaços foram concebidos a partir das rodas de conversa com os profissionais da equipe de enfermagem.

Por sua vez, Roy (1984) fala sobre a Teoria da Adaptação. Ela elenca alguns elementos que dão base para a construção do processo de enfermagem, com o intuito de promover a adaptação às situações de

saúde e doença. A autora ressalta que as pessoas podem sofrer influências do meio, o que pode contribuir em sua formação e desenvolvimento. Cada indivíduo representa um ser holístico passível de adaptação. A adaptação é fundamental para a integridade do ser biopsicossocial e espiritual. É a transformação diária do ser, seja física, mental, espiritual ou social, que é possível de acordo com as aptidões individuais e as condições de enfrentamento situacional. Roy (1984), ainda fala que os seres humanos, em sua individualidade, reagem de diferentes formas diante dos acontecimentos e do meio em que vivem e podem apresentar reações de acordo com as influências já sofridas e armazenadas (experiências, conhecimento, facilidades e limitações). As condições, as circunstâncias e as influências atuam na formação e, conseqüentemente nas ações de cada sujeito.

O processo adaptativo pode ser compreendido como evolução e ser influenciado segundo Roy (1984), por:

- a) **estímulos focais:** mudanças imediatas enfrentadas pelo sujeito – sentimento de dor ou perda diante do recebimento da notícia do óbito fetal.
- b) **estímulos contextuais:** mudanças em torno do sujeito que podem influenciar sobre a situação - o nascimento de bebê em óbito.
- c) **estímulos residuais:** influências do meio somadas às características particulares que podem transformar o sujeito - a cultura e a forma de como a equipe de enfermagem enfrenta as situações, neste caso, o processo de morte e morrer (ROY, 1984).

As características individuais são fundamentais para a adaptação. Uma só acontece pela existência da outra e principalmente porque cada pessoa reage de uma forma diferente frente à mesma situação, até mesmo entre o casal, as reações podem ser diferentes.

Inclusive para Roy (1984), cabe à enfermagem praticar ações que visam à manutenção de respostas adaptativas, apoiando assim, os esforços do indivíduo para usufruir de seus mecanismos de enfrentamento ou defesa para posterior adaptação, independente de qual seja a etapa enfrentada.

Especificamente relativo ao processo de morte e morrer, Kübler-Ross (2005) disserta sobre as atitudes dos que o enfrentam. Segundo a autora, a morte, que faz parte do ciclo vital, é a única certeza do ser, mas a maioria dos seres não consegue pensar na morte constantemente, até porque isso diminuiria drasticamente sua qualidade de vida.

De qualquer forma, o processo de morte e morrer é difícil de ser encarado, gera sentimentos negativos como o medo, a angústia, a culpa, sendo o responsável inclusive por doenças psicossomáticas de profissionais que lidam diretamente com isso. Kübler-Ross (2005) descreve os estágios de atitudes frente ao processo de morte e morrer:

- a) **1º estágio, a negação:** é a fase que segue a notícia do óbito, como uma reação de defesa. O choque, o entorpecimento e a impotência são sentimentos característicos. É a negação e paralização frente à notícia da morte.
- b) **2º estágio, a raiva:** na segunda fase, os indivíduos mostram-se inconformados, irritados e culpabilizando fatos ou pessoas, que são distribuídos sem alvo, objetivo ou justificativas lógicas para o autor ou para o receptor.
- c) **3º estágio, a barganha:** é a tentativa de negociação para a vida, buscando opções para mantê-la ou reconquistá-la.
- d) **4º estágio, a depressão:** é a fase de interiorização, onde há melancolia e sensação de impotência diante da morte. É muitas vezes, uma fase introspectiva, com a mobilização de diversas emoções.
- e) **5º estágio, a aceitação:** é a fase em que a morte é aceita como parceira da caminhada e a conversa aberta sobre a temática se faz possível.

Cabe ressaltar que nem sempre todas estas fases de enfrentamento são vivenciadas por todos os envolvidos no processo de morte e morrer. Da mesma forma, sua ordem cronológica pode ser alterada de acordo com as vivências e cultura de cada indivíduo.

Portanto, no óbito fetal, o processo de enfrentamento da morte se dá de acordo com a capacidade de cada mulher e de cada profissional de enfermagem para encarar a nova realidade instalada, após quebra definitiva de expectativas. A partir de Roy (1984), destaca-se que os pais que vivenciam o óbito fetal precisam de um local acolhedor e de profissionais de saúde que possam auxiliá-los no processo de enfrentamento do luto e da perda. A autora também propõe um processo de enfermagem que proporcione a avaliação do nível de adaptação do indivíduo; o diagnóstico de enfermagem; o estabelecimento de metas; a intervenção e a avaliação, também denominada de evolução.

Para garantir a implementação deste tipo de cuidado, visando o processo de adaptação da mulher com diagnóstico de óbito fetal, buscou-se com esta PCA, proporcionar espaços interativos que se concretizaram em momentos de socialização e diálogo horizontal entre os profissionais de equipe de enfermagem que prestam cuidados à

mulher com perda gestacional. Estes espaços interativos tiveram como objetivo sensibilizar e instrumentalizar os profissionais de enfermagem sobre o processo de morte e morrer para que pudessem refletir criticamente sobre os cuidados prestados, e para que busquem acompanhar com sensibilidade todo processo adaptativo frente à morte e ao morrer.

2.1 PRESSUPOSTOS

- a) O processo de viver humano é compreendido com as fases de nascer, desenvolver-se, reproduzir, envelhecer, adoecer e morrer.
- b) O processo gestacional, compreendido como direito da mulher e como parte do ciclo vital feminino, é envolto de subjetividade, atrelado a diversas modificações, preparo físico e emocional, mesmo que de forma inconsciente, seja a gravidez desejada ou não.
- c) O processo de morte e morrer é parte do viver humano, sendo caracterizado pela finitude do corpo, considerado a etapa oposta ao nascimento.
- d) A mulher deve receber assistência integral, individualizada, sensível e de qualidade no pré-natal, pré-parto, parto e puerpério.
- e) O processo de morte e morrer na maternidade pode ser a maior contradição da área da saúde, na qual o nascimento que carrega o significado de vida (começo) passa a significar finitude.
- f) A notícia do óbito fetal, é recebida como choque, causando dor imensurável, gerando sentimentos de tristeza, impotência e medo (KUBLER-ROSS, 2005). Os envolvidos precisam se adaptar às mudanças, tão difíceis de ser encaradas, passando pelo processo de luto e enfrentamento (ROY, 1984; KUBLER-ROSS, 2005).
- g) A equipe de enfermagem deve estar capacitada para compreender e assistir à mulher com perda gestacional de forma integral, contribuindo assim, com o processo de adaptação do ser humano.
- h) Em conjunto, a equipe de enfermagem pode trocar experiências, crenças, valores e aprendizados através da ajuda mútua e da discussão sobre a questão do óbito fetal em sua prática diária (SANTOS, 2014), o que permite sensibilização,

reflexão-crítica da assistência e sua transformação (FREIRE, 2009; COSTA, 2005).

- i) O processo educativo transforma tanto o educando quanto o educador em participantes da modificação da realidade e da construção de novos saberes (FREIRE, 2009). Este processo deve ser contínuo para contribuir na qualificação profissional e melhoria dos cuidados de enfermagem à perda gestacional.
- j) Cuidar é ter a habilidade para a junção cautelosa e bem dosada do saber ser, fazer e conhecer, indo muito além do modelo tecnocrata imposto pelos protocolos assistenciais das instituições (BRASIL, 2012a).
- k) As mulheres que vivenciam o óbito fetal precisam de um local acolhedor e de profissionais de saúde que possam auxiliá-las no processo de enfrentamento do luto e da perda.
- l) O cuidado “é um ato de amor, carinho, dedicação e doação ao outro. É a ação realizada com o objetivo de proporcionar bem-estar, melhor qualidade de vida e segurança ao ser cuidado, por isso exige sensibilidade, delicadeza e conhecimento acerca das melhores formas de se executá-lo” (SANTOS, 2014, p.38).
- m) A sistematização dos cuidados de enfermagem na assistência hospitalar após diagnóstico de óbito fetal, embasada nas evidências científicas e no cuidado humanístico, pode guiar as ações da equipe para auxiliar no processo adaptativo da mulher e minimizar seu sofrimento, sem deixar de considerar suas individualidades e necessárias adequações a cada mulher.
- n) Cabe à enfermagem praticar ações que visam a manutenção de respostas adaptativas, apoiando assim, os esforços da mulher para usufruir de seus mecanismos de enfrentamento e adaptação (ROY, 1984).

2.2 CONCEITOS

2.2.1 Ser humano

O ser humano é um ser histórico, integral, biopsicossocial e espiritual, que interage com o meio em mudança, e sofre influência dele, estando sempre em construção e adaptação constantes (FREIRE, 2005; ROY, 1984). É um ser “racional, crítico, sensível e interativo” (SANTOS, 2014, p. 37). É inconclusivo, crítico-reflexivo, a procura de transformação, interação e inserção, conquistadas através de suas

habilidades internas, cognitivas e reguladoras, para relação com o mundo e com os demais indivíduos inseridos em sua realidade (ROY, 1984; COSTA, 2005; FREIRE, 2009). Está em constante processo educativo e construtivo, e é capacitado para refletir e transformar a si e ao próximo, bem como a realidade em que está inserido (FREIRE, 2009).

Os seres humanos em sua individualidade, que vivem e trabalham em conjunto, reagem de diferentes formas diante dos acontecimentos e do meio (que é dinâmico) em que vivem e podem apresentar reações ao meio e aos fatos, cada um de sua forma e de acordo com as influências já sofridas e armazenadas (experiências, conhecimentos, facilidades ou limitações) (ROY, 1984). As condições, as circunstâncias e as influências atuam na formação e, conseqüentemente nas ações de cada sujeito e necessitam adaptar-se a realidade e buscar superá-las (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005), o que pode ser conquistado através do aprendizado (FREIRE, 2005).

Nesta pesquisa, os seres humanos foram os profissionais de enfermagem que atuam nos diversos setores da Maternidade onde prestam cuidado à mulher que vivencia a perda gestacional. Estes indivíduos que trabalham em equipe, vivenciam a mesma situação, mas podem reagir de formas diferentes de acordo com suas experiências, cultura e formas de enfrentamento (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005). A mulher que recebe os cuidados de enfermagem também foi considerada ser humano envolvido nesta investigação, por ser o alvo para qual se destina a melhoria da qualidade do cuidado, visto que as propostas refletem no seu processo de enfrentamento e adaptação a situação do óbito fetal.

2.2.2 Enfermagem

Segundo Roy (1984), a enfermagem enquanto ciência diferencia a ciência básica da ciência clínica em enfermagem. A primeira focaliza os processos básicos da vida humana e busca compreender os processos que promovem a saúde, a segunda está baseada nos conhecimentos referentes ao processo de saúde-doença, diagnóstico e tratamento. A enfermagem busca a adaptação e o enfrentamento do ser à sua situação atual, através da manutenção do comportamento para a qualidade de vida e de morte com dignidade (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005; SOUZA et al., 2013).

A enfermagem é composta por um grupo organizado de enfermeiros e técnicos de enfermagem para melhor utilizar seus

conhecimentos teórico-práticos, relacionados ao processo de saúde-doença e de morte e morrer, cujo objetivo principal é o cuidado. O cuidado embasado cientificamente possibilita maior abrangência do ser integral, e pode auxiliar melhor o processo de enfrentamento da perda (CORTÊS et al., 2015). A equipe de enfermagem respaldada teoricamente pode compreender e auxiliar cada fase do enfrentamento, que é específico para cada ser, seja articulando os modos adaptativos ou conduzindo os estímulos para melhor assistir aos pacientes (ROY, 1984; CORTÊS et al., 2015).

A enfermagem avalia o comportamento e os fatores que influenciam o nível de enfrentamento e elaboração do luto e interferem no gerenciamento dos estímulos focais, contextuais e residuais (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005). A enfermagem se esforça para manter as respostas adaptativas, apoiando a “pessoa” para compreender, aprender e enfrentar a situação (ROY, 1984). A meta da enfermagem é de promover a saúde com qualidade em todas as etapas da vida, incluindo o processo de morte e morrer (SOUZA et al., 2013).

Para este estudo, a enfermagem foi considerada o grupo que desenvolve práticas de cuidado, reflete sobre as suas ações e promove a qualidade no cuidado à mulher que vivencia o óbito fetal.

2.2.3 Ambiente

O ambiente tanto é o local que permite a troca de experiências e o aprendizado quanto “as condições, circunstâncias e influências, circundando e afetando o desenvolvimento e o comportamento das pessoas e grupos” (ROY, 1984, p. 13). É o contexto onde os seres humanos inseridos interagem e sofrem transformação sob sua dinamicidade. É o espaço e as situações em que os seres são expostos às influências do meio e às relações humanas, possibilitando reflexões, aprendizado, criação e transformação de sua realidade (FREIRE 2005; COSTA, 2005).

Nesta pesquisa, o ambiente foi considerado o espaço, as suas condições, as circunstâncias, as influências e a inter-relação entre equipe de enfermagem. Portanto, o ambiente foi compreendido como os diversos setores da maternidade, a Emergência Obstétrica (EO), o Centro Obstétrico (CO), o Banco de Leite Humano (BLH), o quarto andar ala A (4ºA) para internação de ginecologia e gestação de alto risco e para puérperas de óbito fetal, o quarto andar ala B (4ºB) para internação de puérpera com recém-nascido e acompanhante, e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) haja vista que os espaços

possibilitam as vivências dos profissionais de enfermagem através da prática assistencial e a reunião em grupo para reflexão, discussão, aprendizado e construção de novos saberes.

2.2.4 Processo de viver humano

O processo de viver humano engloba o ciclo vital dos seres em sua totalidade. É compreendido e organizado seguindo as etapas de nascer, de crescer, de reproduzir-se, de envelhecer, de adoecer e de morrer. São as situações em que o ser humano sofre influências internas e/ou externas durante determinado espaço de tempo, ou seja, as interações entre o meio e o ser humano (ROY, 1984). Essas influências permeiam todo o processo de viver humano para cada ser e em cada fase, seja ela fisiológica ou patológica. Uma das fases deste processo é caracterizada pela finitude do corpo, ou seja, o processo de morte e morrer.

O processo saúde-doença está atrelado a todo o processo de viver humano podendo alterar a ordem e a duração das fases do ciclo vital, e até mesmo excluir algumas delas. Assim sendo, o processo de morte e morrer pode estar presente em qualquer uma das etapas (KÜBLER-ROSS, 2005), inclusive antes do nascimento.

A morte e o morrer devem ser encarados como um processo que necessita de cuidados específicos (KÜBLER-ROSS, 2005). É um processo natural, que é enfrentado no cotidiano da equipe de enfermagem, mas pode não ser bem aceito, principalmente quando não é esperado (SANTOS et al., 2012; JASKOWIAK, ZAMBERLAN, FONTANA, 2013; LIMA, COSTA JUNIOR, 2015), como nos casos de óbito fetal.

Para esta pesquisa, o que está em foco é o óbito fetal. É um evento que necessita de adaptação e ações de cada um dos participantes envolvidos, o que influencia as etapas subsequentes do processo de viver humano. A percepção, o enfrentamento e a adaptação de cada ser podem acrescentar valores ao processo saúde-doença, principalmente vivenciados pela equipe de enfermagem que presenciam todo o processo de hospitalização no óbito fetal.

2.2.5 Processo Educativo

O processo educativo é um método coletivo para a construção de conhecimento. Ele é possível a partir da criação de momentos de reflexão sobre a realidade e necessidade de mudanças. Desenvolve-se a

partir da interação entre os seres humanos, o ambiente, associados às vivências, os sentimentos individuais, aos conhecimentos teórico-práticos e através do diálogo coletivo (FREIRE, 2009).

Caracteriza-se como ação-reflexão-ação que permite o diálogo e socialização sobre as experiências vividas, para organização de ações futuras, visando solucionar ou minimizar problemas da realidade (FREIRE, 2009). A educação problematizadora é construída a partir da reflexão e compreensão da realidade (FREIRE, 2009). “A educação ocorre habitualmente no dia a dia dos profissionais da equipe de enfermagem, permitindo, mesmo que inconscientemente, a ação-reflexão-ação dos cuidados” (SANTOS, 2014, p.40). O processo de aprendizagem é constante no cotidiano dos profissionais, é possível através do olhar crítico sobre as vivências e tem como resultado o conhecimento, o que permite o aprimoramento de cada ser, seja profissional ou pessoal (SANTOS, 2014).

O enfermeiro pode proporcionar espaços interativos para discussão, reflexão, motivação e desvelamento da realidade assistencial (COSTA, 2009; SANTO, 2014). Em conjunto com a equipe de enfermagem, podem construir conhecimentos para transformar a realidade assistencial à mulher que vivencia o óbito fetal. A partir disso, a realidade poderá ser analisada coletivamente, problematizada e detalhada em suas necessidades de mudanças, facilidades e dificuldades. Além disso, a equipe pode se tornar mais sensível à causa, estar em sintonia e comprometida com as mudanças necessárias (SANTOS, 2014).

Esta pesquisa fomentou o processo educativo com os profissionais da equipe de enfermagem, visando a reflexão da realidade das práticas de cuidados às gestantes que vivenciam a perda gestacional, possibilitando a construção coletiva de um plano de cuidados de enfermagem à estas mulheres, com o objetivo de contribuir para a melhoria do cuidado.

2.2.6 Cuidado de Enfermagem

Cuidar é ter a habilidade para junção cautelosa e bem dosada do saber ser, fazer e conhecer, indo muito além do modelo tecnocrata. O cuidado embasado cientificamente possibilita maior abrangência do ser integral, e pode auxiliar no processo de enfrentamento da perda do bebê ideal. O cuidado “é a ação realizada com o objetivo de proporcionar bem-estar, melhor qualidade de vida e segurança ao ser cuidado, por

isso exige sensibilidade, delicadeza e conhecimento acerca das melhores formas de se executá-lo” (SANTOS, 2014, p.38).

Diante desta situação, a equipe de enfermagem deve construir um modo de cuidar da mulher para que ela possa desenvolver o processo adaptativo frente ao óbito fetal. Assim, é necessário um Plano de cuidados para organizar e sistematizar as ações prestadas pela equipe de enfermagem às mulheres com a perda gestacional. O Plano de cuidados é um instrumento que deve ser construído coletivamente, baseando-se em literatura atualizada e na experiência profissional de cada participante, através de discussão, reflexão e consenso do grupo, possibilitando que todos se sintam responsáveis e comprometidos com o cuidado (SANTOS, 2014). Tal instrumento deve nortear a equipe de enfermagem na realização de uma assistência segura e qualificada à mulher e ao seu acompanhante.

3 DESENHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza convergente-assistencial. A pesquisa qualitativa é um o estudo empírico realizado em seu ambiente natural, haja vista que os fatos devem ser estudados dentro do seu contexto, e possibilita diferentes métodos de seleção, coleta e análise de dados (FRERREIRA, 2015). O estudo parte da perspectiva dos participantes sobre a questão estudada e deve ser fidedigna aos dados obtidos. Sua análise de dados é indutiva, ou seja, sem formulação hipotética prévia para construção de conhecimento (FRERREIRA, 2015). Nesta modalidade de pesquisa o pesquisador e o pesquisado ficam em interação e há influências das individualidades de cada participante no processo investigativo, haja vista que a as questões individuais, não genéricas, são relevantes e indispensáveis para a construção de conhecimento (FERREIRA, 2015).

A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) traz à tona o compromisso do pesquisador em investigar o cotidiano de trabalho a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa, buscando minimizar problemas e introduzir mudanças e inovações na prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Os autores ainda dissertam que para estes problemas, há necessidade de um olhar teórico-prático para construção de novos conhecimentos, ou seja, relacionar a rotina diária dos profissionais de saúde aos questionamentos e saberes da pesquisa.

Além disso, Trentini e Beltrame (2006) ressaltam alguns outros fatores que justificam a opção pela PCA, como por exemplo, o pesquisador estar comprometido em renovar a prática assistencial proposta, estar disposto a participar das ações da prática de saúde durante o processo do estudo, e permitir utilizar diferentes métodos e técnicas de coleta e análise de dados.

3.1 CONTEXTO DA PESQUISA

O contexto do estudo foi a maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ), situada no município de São José, geograficamente localizada na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina. O HRSJ é um dos maiores da Grande Florianópolis, pertencente à rede estadual de saúde e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura da maternidade do Hospital é composta pela: EO, CO, BLH, UTIN, 4ªA, 4º B e os setores ambulatoriais de neuro e cardiopediatria, ginecologia e gestação de alto risco. Cabe ressaltar que algumas unidades não têm cobertura pela equipe de enfermagem completa durante 24 horas, que tem jornada de trabalho de 30 semanais, e todos os setores contam com funcionários em escala horizontal, ou seja, funcionários que trabalham diariamente no período matutino ou vespertino. Além disso, há interação entre a equipe multiprofissional, que conta com enfermeiros e técnicos de enfermagem, escriturários, auxiliar de serviços gerais, ginecologistas e obstetras, anestesistas, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social.

O HRSJ tem uma média de 359 partos por mês. Destes, no ano de 2015, foram registrados 59 casos de óbito fetal com peso maior de 500 gramas e idade gestacional superior a 22 semanas, segundo o livro de registros de partos do CO. Todos os partos são registrados neste livro, com nome da mulher, idade, procedência, número de consultas de pré-natal, exames, idade gestacional, via de parto, além da data e hora do parto, intercorrências, e dos profissionais responsáveis pela condução final do parto, seja vaginal ou cesariana. Além disso, há outro livro na unidade onde são registrados apenas os casos de óbito fetal, e nele também são indicados os fetos que são encaminhados para Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

A mulher com perda gestacional é atendida em diferentes setores da maternidade. A admissão ocorre na EO, que é composta por uma recepção, uma sala de espera, três consultórios para atendimento, sendo um para Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) e dois para atendimento médico, uma sala da chefia de enfermagem, uma sala de medicação e observação e uma sala de cardiotocografia e ultrassonografia, uma rouparia, um expurgo, uma copa, além de repouso de enfermagem e médico. A EO conta com uma equipe de 27 técnicos de enfermagem, cinco enfermeiros assistenciais e um gerencial, três escriturários, e 43 ginecologistas e obstetras, que também dão suporte ao CO, 4ªA, 4ºB, e ambulatório de ginecologia e gestação de alto risco. Apesar de haver distribuição do número máximo de horas extras aos enfermeiros na tentativa de fechar a escala mensal, a escassez de funcionários não permite a cobertura completa.

O CO é composto de sete leitos de pré parto, cinco deles com camas de Pré parto, Parto e Puerpério (PPP) onde os partos podem ser realizados sem que a parturiente tenha que se deslocar na hora do parto, com três banheiros, duas salas de parto equipadas com materiais para o atendimento do recém-nascido, uma sala de cardiotocografia e de

ultrassonografia, centro cirúrgico específico com três salas e uma sala de recuperação pós-anestésica. Há um expurgo, uma copa, um banheiro para funcionários, uma sala para coleta de sangue de cordão umbilical pertencente ao HEMOSC, um almoxarifado, uma rouparia, uma copa, um repouso dos anestesistas, um repouso para a residência médica, um repouso médico, um repouso de enfermagem. Conta com uma equipe multiprofissional com dois escriturários 46 técnicos de enfermagem, sete enfermeiros assistenciais e um para a chefia, 31 neonatologias, 27 anestesistas, um fisioterapeuta, um psicólogo e um assistente social, além dos médicos ginecologistas e obstetras já citados anteriormente. É importante destacar que os neonatologistas atendem a EO, o CO, o 4ºB, a UTIN e o ambulatório de neuro e cardiopediatria. Os anestesistas atendem a todo o HRSJ, inclusive ao Centro Cirúrgico Geral, composto por sete salas. Existe apenas uma psicóloga para a instituição, com jornada de trabalho de 20 horas semanais, em dias úteis, assim como um assistente social. O serviço de limpeza e nutrição é realizado por uma empresa terceirizada.

A unidade de internação 4ºA é uma unidade mista para internação de ginecologia e alto risco gestacional, além de ter leitos para oftalmologia. É composta por 11 quartos, divididos em dois ou três leitos, totalizando 26 leitos, hotelzinho com cinco leitos para as mães com bebê na UTIN, sala de palestra do BLH, um expurgo, uma sala de lanche, um posto de enfermagem, um repouso de enfermagem, dois banheiros para funcionários, uma rouparia e uma sala de procedimentos. As gestantes, puérperas e lactantes em amamentação exclusiva com internação por outros diagnósticos também ficam na unidade. A equipe é formada por 22 técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros assistenciais e um gerencial, além da equipe médica e neonatal já mencionada anteriormente.

O BLH conta com uma sala de ordenha, uma sala de preparo e armazenamento do leite, uma sala de pasteurização, um expurgo, uma sala de secretaria, uma sala de palestras, uma sala denominada o cantinho da amamentação, uma copa e um banheiro. Sua equipe conta com sete técnicos de enfermagem, dois enfermeiros e um escriturário.

A UTIN conta 10 leitos para cuidados intensivos, sendo dois para a sala de isolamento, e 10 leitos para cuidados intermediários, sendo dois para a sala observação. Tem um depósito de materiais, um depósito de equipamentos, uma sala da escrituração, um expurgo, uma sala de desinfecção, um repouso para a enfermagem, dois repouso para a equipe médica, uma sala de chefia de enfermagem, uma copa, uma sala de prescrição, dois quartos de isolamento (das vagas já mencionadas

anteriormente), uma rouparia, um posto de enfermagem, um vestuário masculino e um feminino, e um elevador que dá acesso somente ao CO para acesso rápido da equipe de saúde em caso de intercorrência com o bebê na sala de parto. Sua equipe é formada por 37 técnicos de enfermagem, oito enfermeiros, dois escriturários, além dos médicos neonatologistas já mencionados anteriormente.

O 4ºB conta com 31 leitos para as puérperas com RN, um posto de enfermagem, sala da chefia de enfermagem da perinatologia, uma rouparia, duas copas, um expurgo, uma copa, uma sala de prescrição, uma sala de cuidados com o RN e um cartório. A equipe é composta por 26 técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros, dois escriturários, além dos médicos obstetras, neonatologias, assistente social e psicólogo já mencionados anteriormente.

Para o atendimento na maternidade no HRJS há um fluxo que as mulheres acabam sendo submetidas. Quando a gestante chega à EO, ela faz seu cadastro na recepção, com a equipe de escrituração, e explica qual o motivo que a levou a procurar o serviço. Após esta ação, quando há enfermeiro na EO, a mulher é atendida pelo enfermeiro na sala de ACCR onde é feito o acolhimento com escuta qualificada e resolutiva. O programa de ACCR começou a ser implantado na EO do HRSJ em 2013, incentivado pela Rede Cegonha, com implementação em maio de 2014. As cores para classificação das mulheres são: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, cada qual com tempo máximo estimado para atendimento de acordo com o grau de urgência (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014).

Na suspeita de ausência de movimentação fetal em gestação com idade superior a 22 semanas, a gestante é classificada com a cor laranja, que estima um tempo máximo de atendimento de 10 minutos, diferentemente de outros protocolos de ACCR para ausência de movimentação fetal que pode classificar a gestante em amarelo ou verde mesmo com a ausência de movimentação fetal (BRASIL, 2014). De forma geral, se não há necessidade de intervenção imediata, a gestante aguarda em cadeiras dispostas no corredor, imediatamente à frente dos demais consultórios, até ser chamada para o atendimento médico. De acordo com a necessidade de cada caso, após a enfermeira iniciar a avaliação obstétrica, também solicita avaliação médica imediata, ocasião em que é feita a avaliação dos BCF e da movimentação fetal, após estímulo motor ou sonoro, se necessário. Caso não seja possível a ausculta de BCF e na ausência de movimentação fetal, a mulher é encaminhada o mais rapidamente possível ao setor de ultrassonografia.

Este exame também poderá ser realizado na EO quando o obstetra de plantão tiver habilitação para realização de tal procedimento.

Na ultrassonografia o diagnóstico pode ser confirmado ou descartado. Em caso de confirmação do diagnóstico de óbito fetal, a gestante é reencaminhada ao consultório médico na EO e só então é informada sobre o diagnóstico. A gestante pode estar com seu acompanhante, sempre que for de seu desejo. A mulher é orientada sobre os procedimentos iniciais após diagnóstico de feto morto e também são sanadas algumas das dúvidas iniciais. É feita a internação da mulher e o seu preparo na própria EO. Após, ela e seu acompanhante são encaminhados ao CO, que fica imediatamente ao lado da EO.

No caso de óbito fetal, a gestante fica no leito seis ou no leito sete, que ficam no mesmo quarto, sem repartição. Estes leitos são bastante isolados dos demais, na tentativa de minimizar os ruídos que remetem ao nascimento saudável. No caso de internação de duas parturientes com feto morto, é feita a divisão dos leitos com biombo. O parto, nestes casos, é conduzido ou induzido de acordo com a evolução do trabalho de parto com Misoprotrol® 25mg ou 200mg via vaginal, indução com sonda vesical de demora no colo uterino e/ou ocitocina endovenosa, de acordo com a necessidade de cada caso, bem como do histórico obstétrico e da evolução do trabalho de parto. Para esta situação, na hora do parto a parturiente não é levada para a sala de parto, para que seja possível maior privacidade, e o parto então é realizado no próprio quarto, na posição que for favorável à parturiente, mas geralmente é na posição de litotomia ou semi sentada.

O trabalho de parto, parto e puerpério imediato são acompanhados por obstetra, enfermeiro obstétrico, e também por residentes de medicina. Após o nascimento, o pediatra é chamado para avaliação do natimorto. A mãe e seu acompanhante são questionados se desejam ver ou tocar o bebê. Mesmo em caso negativo, o bebê é preparado e colocado em berço aquecido para que haja tempo da mãe e do acompanhante refletirem sobre sua decisão e, caso arrependam-se, poderão ver a criança posteriormente.

Após o nascimento, são preenchidas as notificações e feitas às evoluções médicas e de enfermagem. O corpo então é encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), se a família desejar investigar as causas do óbito intraútero, e o caso será estudado futuramente pela Comissão de Mortalidade Materna e Fetal do Estado. A mãe passa o período de Greenberg, a primeira hora após a dequitação, no CO. Após, é encaminhada à ala de Ginecologia e Alto Risco, e não ao Alojamento Conjunto, evitando sua exposição.

É nesta unidade que a puérpera com perda gestacional recebe atendimento da psicologia e do serviço social durante sua internação de 48 horas em caso de parto normal ou 72 horas em caso de cesariana, se não houver nenhuma intercorrência. Por vezes, a falta de vagas no andar impossibilita o encaminhamento da puérpera para o 4ªA por horas, o que gera certo desconforto tanto para mulher, quanto para equipe. Todas as mulheres com atendimento na maternidade têm direito a um acompanhante de sua livre escolha em toda a sua estadia no HRSJ (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que a cesariana pode ser a opção em caso de risco de vida para a mulher, de acordo com protocolo da instituição, que segue as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a). Neste caso, a mulher logo após o nascimento terá que permanecer na sala de recuperação pós-anestésica, junto de outras mulheres e seus bebês.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A equipe de enfermagem da maternidade do HRSJ é composta por cinco enfermeiros e 27 técnicos de enfermagem da EO, oito enfermeiros e 46 técnicos de enfermagem da CO, dois enfermeiros e sete técnicos de enfermagem do BLH, oito enfermeiros e 37 técnicos de enfermagem da UTIN, seis enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem do 4ªA, quatro enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem do 4ªB, totalizando 199 profissionais, 34 enfermeiros e 165 técnicos de enfermagem. Todos estes profissionais foram convidados a participar da pesquisa. Entretanto, apenas 23 profissionais da equipe de enfermagem participaram do processo investigativo. Sendo, 17 técnicos de enfermagem e seis enfermeiros. Cabe destacar também, que o número de participantes em cada etapa variou entre 9 e 14 profissionais da equipe de enfermagem.

Foram considerados critérios de inclusão: ter prestado cuidados à mulher com diagnóstico de óbito fetal em seu local de trabalho, independente de qual fosse este setor, EO, CO, 4ªA, BLH, 4ª B e UTIN, desde que estivesse trabalhando há pelo menos um ano no HRSJ.

Os critérios de exclusão foram os profissionais estarem afastados do serviço, de licença prêmio ou de férias.

3.3 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de uma prática educativa, organizada através de diferentes estratégias e em momentos distintos de forma complementar para atender aos objetivos propostos.

A prática educativa foi denominada **“I Ciclo de Educação permanente sobre a assistência de enfermagem ao óbito fetal”** (Apêndice A) com a equipe de enfermagem para reflexão sobre o atendimento da mulher que vivenciou o óbito fetal no HRSJ. Foi dividida em seis momentos, dois virtuais (na modalidade à distância) e os outros quatro na modalidade presencial denominados de rodas de conversa, cada qual com um objetivo principal diferente. A carga horária total foi de 24 horas, com disponibilização de certificado a todos os profissionais que obtiveram no mínimo 75% de presença nos encontros.

As rodas de conversa foram norteadas pelos seguintes questionamentos: Como é o atendimento à mãe com diagnóstico de óbito fetal na nossa Instituição? Quais são as dificuldades que vivenciamos neste processo? O objetivo foi sensibilizar os profissionais acerca da temática, proporcionar momento reflexivo e interativo, elaborar o fluxograma de atendimento desta mulher, diagnosticar os problemas que necessitam de intervenção para que assim fosse possível construir um Plano de cuidados de enfermagem com conjunto com a equipe. A prática educativa foi orientada por um roteiro-guia para as rodas de conversa, contendo inúmeras perguntas para fomentar a discussão sobre a temática (Apêndice B).

As rodas de conversa aconteceram na sala de aula do 4º andar do HRSJ, que é utilizada para diversas funções, como reuniões, discussões, aulas, cursos, palestras, entre outros. Todas as rodas iniciaram com o acolhimento do grupo, seguidas de dinâmicas e vídeos para socialização. As etapas presenciais foram gravadas e posteriormente audiotranscritas para análise dos dados.

Todos os profissionais da equipe de enfermagem da EO, do CO, do BLH, da UTIN do 4ªA e do 4ªB foram convidados para participar das rodas de conversa. Foram afixados convites nos murais das respectivas unidades (Apêndice C) e também foram entregues convites individuais (Apêndice D) para cada integrante da equipe de enfermagem, com intuito de divulgação. A captação dos participantes foi feita de forma intencional.

A inscrição foi feita via setor de Capacitação ou pelos cartazes dispostos nas unidades, que continham espaço para registro do nome,

unidade, e-mail e telefone. Foi realizado contato prévio com cada um dos inscritos e entregue em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos aceitaram participar voluntariamente desta PCA.

A seguir está descrito como foi desenvolvido cada momento desta prática educativa.

3.3.1 Momento 1: sensibilização para a temática

O primeiro momento foi realizado à distância, sendo disponibilizados a todos os inscritos no I Ciclo de Educação Permanente dois artigos científicos, que foram encaminhados via e-mail e entregues na forma impressa até o dia primeiro de novembro de 2014 para que fosse possível a leitura por cada participante antes da primeira roda de conversa. Os artigos escolhidos foram: “Perspectiva de familiares sobre o processo de morrer em Unidade de Terapia Intensiva” (SOUZA; BARILLI; AZERODO, 2014) e “A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem” (BANDEIRA, et al., 2014). A leitura destes textos teve o intuito de despertar o interesse sobre o tema, sendo esta a estratégia inicial para motivar os profissionais da equipe de enfermagem a pensar sobre a sua realidade.

Participaram desta etapa 17 técnicos de enfermagem e seis enfermeiros dos diferentes setores da maternidade.

Não foi prevista uma discussão sobre os artigos neste momento, porém durante a primeira roda de conversa houve um espaço para que os profissionais pudessem compartilhar as reflexões realizadas a partir da leitura dos artigos.

3.3.2 Momento 2: primeira roda de conversa

A primeira roda de conversa com os profissionais da equipe de enfermagem foi realizada em 05 de novembro de 2014, com início às 14 horas e término às 18 horas e 10 minutos. Estiveram presentes oito técnicos de enfermagem, sendo quatro da EO, um do CO, um do 4ºB, um da UTIN, um do BLH e um enfermeiro da EO. Não houve participantes do 4ºA neste momento.

O encontro foi facilitado por uma enfermeira *expert* no tema processo de morte e morrer, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Inicialmente foi feita uma breve apresentação dos participantes, que falaram nome, profissão, setor

e tempo de trabalho na instituição. Logo em seguida, a pesquisadora esclareceu o objetivo e a metodologia da pesquisa. Então, a enfermeira convidada iniciou uma apresentação sobre sua experiência com o processo de morte e morrer e deu-se início a uma dinâmica proposta pela convidada. Os participantes se dividiram em dois grupos, com o objetivo de apresentarem aos colegas qual era o seu cotidiano através de figuras de jornais e revistas dispostas em cartolinas. Estes cartazes foram apresentados no grande grupo e a partir dele foi instigada a discussão sobre o processo de morte e morrer. Neste momento, cada participante teve a oportunidade de colocar suas experiências pessoais e profissionais relativas à temática, além de compartilhar suas reflexões sobre os artigos disponibilizados no momento anterior.

Discutir o tema a partir da realidade dos profissionais promoveu um ambiente crítico-reflexivo sobre o assunto e possibilitou a compreensão do cotidiano dos profissionais de enfermagem, nele incluído o processo de morte e morrer. Houve intervalo para lanche e socialização entre os convidados.

Ao final, foi apresentado um vídeo de reflexão “Morte - nunca vi uma tão engraçada”, disponível no YouTube que aborda a morte de forma suave e cômica para que os participantes aos poucos pudessem acolher o processo de morte e morrer como parte do processo de viver humano.

3.3.3 Momento 3: teorização

O momento 3, denominado de teorização, também foi realizado à distância. Foram disponibilizados até o dia primeiro de abril de 2015 a todos os inscritos, dois novos artigos científicos, da mesma forma que no primeiro momento, nos formatos impressos e via email pessoal. Os artigos disponibilizados foram: “Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa” (SANTOS; ROSENBERG; BURALLI, 2004); e “Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal” (SANTOS et al., 2012).

Participaram deste momento 17 técnicos de enfermagem e seis enfermeiros dos diferentes setores da maternidade.

Não houve espaço de discussão neste momento. A leitura proporcionou o embasamento teórico sobre o processo de morte e morrer, sendo que desta vez, de modo mais específico sobre as perdas na maternidade. Os textos trouxeram a perspectiva tanto das mulheres enlutadas quanto dos profissionais de enfermagem, apresentando diferentes aspectos do cuidado à mulher com diagnóstico de óbito fetal.

3.3.4 Momento 4: segunda roda de conversa

O momento 4 ocorreu de forma presencial, através da roda de conversa com os profissionais da equipe de enfermagem, no dia 05 de abril de 2015, na sala de aula do 4ºA do HRSJ.

Esta etapa proporcionou momento reflexivo e interativo sobre o cotidiano do cuidado, discussão sobre o fluxograma de atendimento da mulher com perda gestacional e levantamento dos problemas que necessitam de intervenção no cuidado a esta mulher. Este encontro foi facilitado pela pesquisadora. Participaram 11 técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, sendo três técnicos e um enfermeiro da EO, dois técnicos do CO, dois técnicos do 4ºA e quatro técnicos e um enfermeiro do BLH, totalizando 13 participantes.

Inicialmente foi realizada uma dinâmica com balões. Cada balão continha um cartão com um dos temas: o trabalhar com o nascimento, o trabalhar com o processo de morte e morrer, o processo de morte e morrer na maternidade e a humanização do cuidado. Assim, cada participante recebeu um balão e foi orientado a cuidar dele. Em seguida, os participantes foram estimulados a jogar os balões e brincarem. Os que caíram foram estourados e cada participante ficou com um dos quatro temas. A partir dos temas, os profissionais foram agrupados para discutir e elaborar uma síntese sobre o tema e apresentar no grande grupo.

Após este momento, os profissionais foram convidados a discutir sobre a sua realidade na maternidade e compartilhar suas impressões acerca da leitura dos artigos disponibilizados no momento anterior. Esta discussão deu início ao levantamento de problemas encontrados pela equipe de enfermagem que cuida das mulheres com perda gestacional, desde a sua chegada à maternidade até sua alta hospitalar. A pergunta que guiou este momento foi: Quais as dificuldades encontradas na assistência de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal?

As dificuldades foram elencadas separadamente por setor, tentando criar um fluxograma de atendimento à mulher. Todos os participantes puderam contribuir mesmo nos setores que não atuavam. Os dados foram registrados de acordo com o surgimento das demandas em cartolina, uma para cada setor.

Além da escrita em cartolina, o encontro foi gravado e audiotranscrito para garantir a fidelidade das informações. Os dados foram transferidos para tabelas, da mesma forma, separadamente por setores, EO, CO, 4º A e BLH.

3.3.5 Momento 5: terceira roda de conversa

A terceira roda de conversa com os profissionais aconteceu no dia 29 de abril de 2015, e buscou refletir sobre as possíveis soluções para os problemas levantados anteriormente, traduzidos em cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal, também separadamente para cada setor, possibilitando a autonomia e a corresponsabilização dos participantes em relação à melhoria do cuidado de enfermagem ao público alvo desta pesquisa. Os participantes deste encontro foram sete técnicos de enfermagem e seis enfermeiros, sendo um técnico e três enfermeiros da EO, dois técnicos e dois enfermeiros do CO, um técnico do 4ºA e três técnicos e um enfermeiro do BLH, totalizando 13 participantes.

Este momento iniciou com uma dinâmica em grupo para sensibilização e mudança do foco dos participantes. Na última roda de conversa precisou-se pensar nos problemas, e agora o foco foi modificado para as possíveis soluções. Foram apresentados dois cartazes distintos, um com um círculo sem possibilidade de saída (Apêndice E), direcionando o pensamento sobre os problemas como as afirmações que tentavam justificar a não realização dos cuidados necessários ouvidos na etapa anterior como: “Não dá”, “Falta funcionário”, “Não deu tempo”, “Não tem como”, “Não tem o que fazer”. O segundo cartaz mostrou uma engrenagem (Apêndice F), com peças que se complementam, e substituíam as afirmações anteriores que traziam a não realização de práticas de cuidados necessárias por questionamentos direcionados às soluções e planejamento estratégico para mudança da realidade imposta como: “O que fazer?”, “Por que fazer?”, “Quem fará?”, “Onde?”, “Como?” e “Quando?”.

Após a sensibilização dos profissionais deu-se início a construção do plano de cuidados de enfermagem. A partir dos problemas elencados na etapa anterior, as soluções dos problemas foram construídas a partir de cuidados de enfermagem possíveis para minimizar o sofrimento da mulher que vivencia o óbito fetal desde sua chegada ao hospital até a volta para casa.

3.3.6 Momento 6: quarta roda de conversa

O último momento foi realizado através de roda de conversa no dia 13 de maio de 2015. Iniciou com a apresentação de um vídeo de motivação no Youtube: “Enfermagem – Nós fazemos a diferença!”. A apresentação mostra a assistência de enfermagem com a mensagem de

que mesmo que um ato pareça fazer pouca ou quase nenhuma diferença, para os que vivenciam a perda, um simples gesto pode ficar marcado. Os participantes desta roda de conversa foram sete técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, sendo dois técnicos e dois enfermeiros da EO, dois técnicos do CO e três técnicos do BLH, totalizando nove participantes.

Para esta roda de conversa, foram utilizados os dados dos cartazes elaborados no momento anterior, bem como os dados audiotranscritos das rodas de conversa. O encontro validou as estratégias e o Plano de cuidados de enfermagem para cada dificuldade levantada anteriormente e buscou justificativas em conjunto para cada cuidado.

Além disso, foram validados os fluxogramas de cuidados de enfermagem de cada etapa do processo de internação da mulher que experiência a perda gestacional. Por fim foi distribuído um questionário semiestruturado com questões objetivas e subjetivas para a avaliação do I Ciclo de Educação Permanente sobre a temática (Apêndice G).

A execução de todos estes momentos, em especial as rodas de conversa possibilitaram a ação-reflexão-ação dos participantes desta PCA, o que permitiu transformar a prática de cuidado dos trabalhadores no decorrer da pesquisa. A relação dialógica horizontal entre o pesquisador e os participantes, com respeito e igualdade, proporcionou a superação das dificuldades através da troca mútua de conhecimentos e junção da teoria com a prática. Houve inovação da prática de cuidado, conforme proposta de educação de Paulo Freire (1980).

3.4 REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

As rodas de conversa foram todas gravadas, audiotranscritas e posteriormente analisadas. O registro foi feito através de Notas de discussão em Grupo (NG) e Notas do Diário (ND) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Seguindo os autores, as NG são os relatos e informações sobre as discussões em grupo e continham todos os dados brutos da pesquisa e as ND eram os registros das percepções, sentimentos e reflexões do pesquisador consideradas por ele importantes. A análise dos dados seguiu quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Vale destacar que na PCA a assistência, a coleta e a análise de dados ocorreram de forma concomitante, uma vez que a pesquisadora é enfermeira na maternidade investigada e todos os participantes também atuam neste local, o que possibilita a identificação das necessidades e a ação do pesquisador (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nesta pesquisa, o processo de

análise e coleta de dados ocorreu até atingir a saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Após o término de cada momento foi feita a análise detalhada de cada um deles, antes do início do próximo, para que seguisse um fluxograma crescente de obtenção do conhecimento e construção do plano de cuidados para uma assistência de enfermagem de qualidade. Diferente das pesquisas tradicionais, a PCA compreende que a situação do estudo pode ser dinâmica e necessitar de intervenções, além de que a própria pesquisa consegue modificar a prática visto que ela gera reflexão e atuação dos participantes do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A análise dos dados foi iniciada com a fase de apreensão, onde os encontros foram audiotranscritos em documento que continha uma tabela com duas colunas. Na primeira coluna foram colocados os dados brutos da audiotranscrição (NG), e na segunda coluna foram registradas ND (Apêndice H) para identificação dos temas que foram surgindo e para que fosse possível a codificação dos dados.

As etapas de síntese, teorização e transferência à luz do marco conceitual possibilitaram a interpretação dos dados. No processo de síntese, o pesquisador retornou aos dados brutos e às notas de codificação da fase anterior, para reunir os dados de acordo com sua familiaridade (Apêndice I). Na fase de teorização, os dados analisados foram associados à fundamentação teórica filosófica de Paulo Freire, da Teoria da Adaptação de Roy e do processo de morte e morrer de Kübler-Ross para construção de novas definições, conceitos e interrelações. Esta interpretação possibilitou o alcance dos objetivos desta dissertação, a construção das categorias, bem como seus resultados e conclusões.

A última fase do processo interpretativo foi a de transferência. Nesta etapa os resultados singulares, suas adequações e justificativas foram socializados com o objetivo de transformar a prática assistencial. Além disso, foi construído coletivamente o plano de cuidados de enfermagem às mulheres que vivenciam o óbito fetal na maternidade do HRSJ.

3.5 ASPÉCTOS ÉTICOS

Para assegurar aos participantes da pesquisa a proteção dos seus direitos, foram adotados os princípios de beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia, descritos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que disserta e regulamenta sobre as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b), e foram assegurados

os princípios do Código de Ética de Enfermagem (COFEN, 2007) durante todo o processo de estudo.

Os profissionais foram convidados no local de trabalho, onde também foram apresentados os objetivos da pesquisa. Todos os participantes aceitaram participar da pesquisa voluntariamente e assinaram o TCLE (Apêndice J) ainda antes do início da prática educativa.

A pesquisa foi avaliada e aprovada pela Direção do HRSJ (Anexo I) e pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão⁵ sob registro CAAE: 36493014.4.0000.5361 e protocolo de aprovação nº 838.303 (Anexo II).

A participação na pesquisa pode despertar nos participantes o risco de algum desconforto ou mobilizações emocionais com relação ao tema. Caso houvesse maior desconforto por parte de algum participante, a coleta de dados seria interrompida imediatamente e a pesquisadora iria respeitar estes instantes, tomando condutas que tranquilizassem e melhorassem estas reações.

Os participantes foram identificados aleatoriamente com nomes de sentimentos a fim de garantir o anonimato. Quando algum profissional foi citado nos depoimentos, seus nomes foram substituídos por sua categoria profissional.

⁵ A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão por motivo de greve do Comitê da UFSC.

4 RESULTADOS

O presente capítulo será apresentado de acordo com a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC (MPENF, 2014).

4.1 MANUSCRITO: QUANDO O PARTO TORNA-SE DESPEDIDA: DIFICULDADES DA ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER COM ÓBITO FETAL

4.2 PRODUTO FINAL

4.2.1 Plano de Cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal em âmbito hospitalar

4.2.2 Fluxogramas de atendimento à mulher que vivencia o óbito fetal em âmbito hospitalar

4.1 MANUSCRITO: QUANDO O PARTO TORNA-SE DESPEDIDA: DIFICULDADES DA ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER COM ÓBITO FETAL

RESUMO: Objetivo: identificar as dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com diagnóstico de óbito fetal. Método: Pesquisa Convergente Assistencial realizada em uma maternidade do sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu entre novembro de 2014 e maio de 2015, a partir de uma prática educativa com 23 profissionais da equipe de enfermagem. A análise seguiu quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Resultados: entre as dificuldades destacam-se as falhas na formação do profissional e questões estruturais da instituição, que comprometem o processo de comunicação e afastam o profissional da mulher. Ao refletir sobre suas realidades, os profissionais perceberam que os métodos para alívio da dor, a deambulação e a livre escolha de posição para o trabalho de parto e o parto são pouco estimulados neste caso. Considerações finais: a instrumentalização dos profissionais da enfermagem para o cuidado à mulher que vivencia o óbito fetal pode ser fundamental para qualificar o atendimento na maternidade, e para superação deste momento difícil.

Palavras chaves: Cuidados de enfermagem. Atitude frente à morte. Enfermagem Obstétrica. Parto humanizado. Comunicação em saúde.

INTRODUÇÃO

O processo de viver humano é compreendido como o ciclo vital em sua totalidade, em todos os momentos entre o nascer, crescer, reproduzir-se, envelhecer, adoecer e morrer. Da mesma forma, o processo saúde-doença está vinculado a todo o processo de viver humano e pode alterar a ordem e a duração de suas fases, ou até mesmo excluir algumas delas. O processo de morte e morrer é parte do viver humano, sendo caracterizado pela finitude do corpo, e nem sempre é bem aceita, em especial quando está presente fora da ordem habitual (KÜBLER-ROSS, 2005; SANTOS et al., 2012; JASKOWIAK, ZAMBERLAN, FONTANA, 20013; LIMA, COSTA JUNIOR, 2015).

A equipe de enfermagem acompanha intimamente os indivíduos e é responsável pelos cuidados específicos em cada etapa do processo de viver humano. Para a equipe de enfermagem, preparada para promover e restaurar a saúde do paciente, ainda há grande dificuldade em aceitar a finitude (SANTOS et al., 2012; JASKOWIAK, ZAMBERLAN, FONTANA, 20013; LIMA, COSTA JUNIOR, 2015).

Essa dificuldade é ainda mais intensa quando acontece com a equipe de enfermagem que trabalha em maternidade, onde, rotineiramente, presta os cuidados necessários para o gestar e o parir, cujo fruto, geralmente, é o nascimento de um bebê saudável (SANTOS et al., 2012). O grande dilema é quando o processo de morte e morrer ocorre antes mesmo do nascimento.

Quando os cuidadores se deparam com o processo de morte e morrer dentro da maternidade, há uma inversão de significados e sentimentos. A situação do óbito fetal desconstrói a percepção dos profissionais de enfermagem referente à maternidade, tido como local em que são acolhidas novas vidas, adquirindo uma carga negativa resultante da quebra de expectativas (WINNICOTT, 2001; SILVA et al., 2013; RYNINKS, 2014; SANTOS et al., 2012; ROCHA et al., 2012). É um momento de profundo sofrimento, de difícil compreensão, aceitação e adaptação (ROY, 1984; SANTOS et al., 2012).

Estudos apontam que os profissionais de enfermagem da maternidade não estão preparados para lidar com a morte em seu cotidiano, nem para conduzir o momento ou minimizar o sofrimento tanto seu, quanto da mãe e da família (SANTOS, ROSENBERG, BURALLI, 2004; AMPARE, PEROSA, HAAS, 2007; PANQUENE, 2011; SANTOS et al., 2012; JASKOWIAK, ZAMBERLAN, FONTANA, 2013; SILVA et al., 2013). Assim, é premente a necessidade de capacitação para uma atuação sensível às demandas da mulher que vivencia a perda, devendo-se levar em consideração, também, a subjetividade de cada profissional, seu modo de se relacionar com o trabalho, suas experiências de vida e suas vivências singulares, no sentido de dar-lhe voz sobre este momento tão diferenciado (PANQUENE, 2011; SMART, SMUTH, 2013).

Os profissionais nem sempre conseguem elaborar e compreender suas reações e, como proteção, às vezes “endurecem” e afastam-se desta demanda de cuidados, acabando por ignorar ou banalizar a morte no cotidiano assistencial (ROY, 1984; JASKOWIAK, ZAMBERLAN, FONTANA, 2013; SIMWAKA, KOK, CHILEMBA, 2014). Esta questão reforça a necessidade de espaços de diálogo no dia a dia da maternidade (LEYLAND, 2013), para garantir a organização dos cuidados que possam auxiliar o profissional a melhor cuidar da mulher nesta etapa delicada de sua vida (MEDEIROS, LUSTOSA, 2011; SMART, SMUTH, 2013; MÜLLER, ZAMPIERI, 2014; STEEN, 2015).

Além disso, apesar da assistência de enfermagem materno-infantil ter ganhado espaço nas pesquisas e propostas governamentais de atenção à saúde pública, ainda é necessário um olhar sensível sobre

condições específicas, como a perda gestacional. A temática ainda está à margem das políticas públicas brasileiras e seu foco está voltado para questões epidemiológicas (SAMPAIO; SOUZA, 2010; SANTOS et al., 2012; SIMWAKA, KOK, CHILEMBA, 2014).

A partir do exposto, delimitou-se como pergunta de pesquisa: quais as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no cuidado à mulher com diagnóstico de óbito fetal? Com isso, a pesquisa teve como **objetivo**: identificar as dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com diagnóstico de óbito fetal.

MÉTODOS

Pesquisa convergente assistencial desenvolvida junto aos profissionais de enfermagem de uma maternidade no sul do Brasil, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. Esta maternidade apresenta uma média de 395 partos/mês e, no ano de 2015, registrou 59 casos de óbito fetal.

Os participantes do estudo foram seis enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem da maternidade, que atuam na Emergência Obstétrica (EO), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Banco de Leite Humano (BLH), quarto andar ala A (4ªA) e ala B (4ªB).

Foram considerados critérios de inclusão: profissionais que prestaram cuidados à mulher com diagnóstico de óbito fetal em seu local de trabalho e estavam trabalhando há pelo menos um ano na instituição. Os critérios de exclusão foram: profissionais afastados do serviço para tratamento de saúde, licença prêmio ou férias. Os participantes aceitaram fazer parte da pesquisa voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada a partir de uma prática educativa, desenvolvida por meio de quatro rodas de conversa, no período de novembro de 2014 a maio de 2015, com duração de quatro horas cada. As rodas foram norteadas pelo seguinte questionamento: quais são as dificuldades da equipe de enfermagem na assistência à mulher que vivência o óbito fetal na maternidade? As práticas foram gravadas, audiotranscritas e posteriormente analisadas.

O registro foi feito por meio das Notas de discussão em grupo (NG) e Notas do diário (ND) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A análise dos dados seguiu as etapas de apreensão, síntese, teorização e transferência, conforme orientação da PCA.

A fase de apreensão ocorreu por meio da audiotranscrição das rodas de conversa em documento configurado em uma tabela com duas colunas. Na primeira coluna, apresentam-se os dados brutos (NG) e, na segunda, as notas de reflexões do pesquisador (ND). Na fase de síntese, foi realizada a codificação dos registros a fim de agrupar os dados por familiaridade. Na fase de teorização, foi realizada a análise crítica e reflexiva dos resultados, sendo utilizados os referenciais teóricos da adaptação de Callista Roy (1984) e do processo de morte e morrer de Elizabeth Kübler-Ross (2005). Por fim, a fase de transferência possibilitou a socialização dos resultados. Cabe destacar que a coleta e análise dos dados atingiram a saturação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Toda a pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos (2012b), e foram assegurados os princípios do Código de Ética de Enfermagem durante todo o processo investigativo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão, CAAE 36493014.4.0000.5361 e parecer nº 838.303. Os participantes foram identificados aleatoriamente com nomes de sentimentos, a fim de garantir o anonimato. Quando algum profissional é citado nos depoimentos, seu nome foi substituído por sua categoria profissional.

RESULTADOS

Os resultados possibilitaram a construção de quatro categorias: o enfrentamento da perda fetal na maternidade; a comunicação entre a enfermagem e a mulher diante do óbito fetal; o processo de parir na perda fetal e o preparo da equipe de enfermagem para lidar com a morte.

O enfrentamento da perda fetal na maternidade

O cuidado de enfermagem na maternidade é conhecido como um momento de alegria, caracterizado pela chegada do bebê. Porém, em seu cotidiano assistencial, mesmo sendo um local onde o que se espera é a vida, o processo de morte e morrer também se faz presente. Os depoimentos dos participantes mostram a dificuldade enfrentada pela equipe de enfermagem ao encarar a morte dentro deste cenário de cuidado:

“[...] ‘Ah, tu trabalha na maternidade né?! Que legal!’ [...] Todo mundo pensa que trabalhar na maternidade é só aquela alegria, que só tem nascimento com tudo bem. E da mãe que nasce FM [feto morto] ninguém lembra, ninguém fala, ninguém sabe.” [Gratidão]

“A gente tá esperando o nascimento, tá esperando a vida, tá esperando tudo certinho, e quando a gente se depara com o contrário a gente se frustra como profissional, quebra todas as nossas expectativas, além de quebrar a dos pais, também a nossa.” [Reciprocidade]

“Mexe tanto com a gente. [...] é tanta carga emocional naquele momento [...] junto com uma outra exigência burocrática. É muita coisa pra ser preenchida. É um acúmulo de muitas funções...” [Otimismo]

“Quando eu chego no plantão que tem FM, eu: ‘Ai, logo no meu plantão?’” [Otimismo]

O atendimento à mulher que vivencia a perda do bebê abala os profissionais de enfermagem, e isso pode interferir, inclusive, no cuidado prestado a esta mulher. Sentimentos diversos foram evidenciados, inicialmente apontados como tristeza e pesar:

“Quando acontece o óbito na unidade, fica um clima mais triste, mais pesado e as pessoas ficam com uma agitação... parece que as pessoas querem falar, mas não falam.” [Calma]

“Fica aquele silêncio, aquele peso. O setor fica mais silencioso, mais frio, mais triste.” [Superação]

“[...] a gente leva um choque. O marido já tava com as lágrimas escorrendo, a mulher já tava em choque, eu fiquei quieta, parada. Não sabia o que dizer.” [Honra]

A inquietação, a preocupação e a paralização também estiveram presentes nas falas, como se, de alguma forma, estivessem negando o óbito fetal. Por vezes, foram relatados sentimentos de revolta e frustração por não ter evitado a situação, como os seguintes:

“E quando a gente chega no plantão e diz: ‘Bom dia’- ‘Só se for pra você.’ Ou então: ‘Ainda bem que acabou’.” [Solidariedade]

“[...] a gente chega e a pessoa diz: ‘Meu Deus, que plantão horrível! Um inferno!’” [Responsabilidade]

“Uma vez foi uma coisa bem pesada [...] culpando a mulher, na verdade, eu acho que isso é uma defesa. Isso é uma violência obstétrica, [...] uma coisa tão agressiva [...] pra diminuir a nossa responsabilidade, a gente julga muito rápido: ‘Mas tu não fez o pré-natal! Tu fumou! Tu não veio antes! Tu não sente o bebê desde ontem e só agora que tu procurou?’ A gente fica desesperado. [Adaptação]

Os profissionais ainda relatam a dificuldade de enfrentar o diagnóstico, tentando buscar maneiras de evitar a comprovação do óbito fetal, tanto de sua parte como da mulher que está sendo assistida:

“[Na classificação de risco] eu nunca vou para uma ausculta [de batimentos cardíofetais] achando que eu não vou [conseguir] auscultar, mas quando eu coloco [o sonar] e eu não sinto aquele barulho característico, aí pronto, tiro o sonar dali e já me preparo, tento pensar que pode ser um óbito, mas vou tentando [encontrar o BCF], e se demora: ‘Chama o obstetra agora!’ E tentar agilizar um ultrassom na hora. [Calma]

“As vezes o pais perguntam: ‘Será que o meu bebê tá bem?’, mesmo quando é confirmada a morte do bebê, elas perguntam: ‘Tu não escuta de novo pra mim o coração? Tem certeza que o coração não está mais batendo? Não tem alguma forma, não tem como fazer cesárea e reanimar? O coração do meu bebê não vai voltar a bater?’” [Honra]

Também foram descritos sentimentos de profunda tristeza e comoção, solidarizando-se com os sentimentos da mulher e família, como mostram as falas a seguir:

“[...]‘Eu tive na maternidade há algum tempo e eu perdi meu bebê. E você me abraçou e chorou comigo’. Isso marca muito elas. Então vamos chorar, gente. Se tem vontade de chorar, chora. [...] a gente se colocou no lugar dela. A gente é de carne, osso e sentimentos. Somos profissionais, mas temos sentimentos também.” [Reciprocidade]
 “Porque, vivendo essa situação eu me abalei emocionalmente, eu fiquei emocionada. [...] eu, particularmente, não sabia se podia demonstrar isso, se era pior [...] eu preferi sair do que ficar, desabafar sozinha um pouco, sozinha, e depois voltar de cara lavada.” [Apego]

Por fim, alguns profissionais demonstram a compreensão da morte como parte do ciclo vital e também companheira da assistência de enfermagem na maternidade.

“É o ciclo né? Chegou o momento, eu penso assim.” [Apego]

“A gente fica meio abalado, mas não tem o que dizer nesse momento [...] porque é o ciclo da vida mesmo.” [Responsabilidade]

“É muito mais fácil a gente lidar com a morte quando a gente vê nos filmes. Quando morre alguém o que que é feito? O corpo é coberto com um pano branco, e assim ela fica ali, esquecida. É muito difícil fazer o contrário, mostrar a morte, falar disso. E eu acho que se a gente para de esconder com esse pano, a gente consegue cuidar dessas pacientes melhor” [Superação]

“Foi oferecido pra ela fazer necropsia, mas ela é tão iluminada que ela nem quis saber o porquê, não ia resolver o problema, não ia fazer diferença, mas eu fiquei feliz por ela ter tido aquele contato [pegar o bebê no colo].” [Apego]

A comunicação entre a enfermagem e a mulher diante do óbito fetal

A comunicação, seja verbal ou não verbal, entre a enfermagem e a mulher, também foi apontada como dificuldade encontrada para a efetivação da assistência à gestante/parturiente que perde o bebê. Nos

depoimentos a seguir, apresentam-se algumas dificuldades relacionadas à comunicação verbal entre o profissional e a mulher:

“A gente não sabe o que falar. Mas, às vezes eu fico pensando: talvez não tenha realmente o que falar. Eu sempre costumo dizer assim: ‘Deus sabe o que faz. Tudo tem um porquê. De repente, vocês não consigam ver agora, mas a resposta vai estar mais à frente, né?’ Porque eu acho que isso me conforta.” [Responsabilidade]

“Ir preparando a paciente é muito importante. O diagnóstico deve ser feito em etapas, e tem que passar aos pouquinhos. Esses dias eu tentava [encontrar o BCF] e nada, acho que era 29 semanas, e aí eu disse ‘olha, eu não to conseguindo’ ali conversando com o acompanhante, ‘olha, tá difícil’...” [Reciprocidade]

“Mas muitas mães, assim: ‘Tá, e a cirurgia, vai ser quando?’ Elas perguntam, elas acham que vai ser cesariana, porque isso não é falado realmente, isso não é conversado com elas. E aí, como que a gente fala que vai ter que induzir o trabalho de parto, que vai ser parto normal?” [Reciprocidade]

Os relatos estão associados à comunicação na hora da suspeita e à confirmação do diagnóstico médico de óbito fetal e resolução do parto, além da dificuldade de confortar a mulher. Por outro lado, os momentos de reflexão com a equipe de enfermagem proporcionaram a visão sobre a comunicação não verbal enquanto estratégia importante no processo.

“Não precisa falar nada, é só um gesto. [...] Não falar nada, às vezes, é preparar. [...] Geralmente, quando a gente tá auscultando [batimentos cardíofetal] elas ficam de olho na gente, atentas pra [ver] se a gente já se preocupou, franziu a testa...” [Reciprocidade]

“É sem querer, é espontâneo. [...] Eu sempre dou um carinho e aí eu fico naquela: “Meu Deus, eu acho que eu to me passando um pouco”. Daí eu me retraio, e meio que saio. Aí, eu fico nesse dilema. Até onde eu posso? [...] Até onde eu posso ir, me soltar e... Eu sou muito emotiva, eu

choro mesmo. Então eu fico naquela dúvida.”
[Sensibilidade]

A enfermagem percebe o silêncio, o tempo na fala, o olhar preocupado, a espontaneidade dos gestos e o carinho como tipos de comunicação não verbal. O abraço é apontado como um forte aliado para este momento:

“Porque, às vezes, tu não precisa estar falando várias coisas: ‘Ah, vai passar...’ às vezes, simplesmente um abraço é o suficiente, e é o que a pessoa precisa naquele momento. Às vezes, só no olhar tu sabe o que que a pessoa tá passando, tá sentindo naquele momento.” [Superação]

“Eu não sabia o que fazer, eu não tinha jeito de chegar para consolar ela [com a mãe]. Eu tava esperando uma atitude dela, para eu poder ter a minha atitude. Mas, daí, eu me lembrei: um abraço, né? Fui lá, abracei ela e disse: ‘Que Deus te abençoe, que te guarde, que te dê força para tu vencer esse momento’.” [Responsabilidade]

Os depoimentos também demonstram algumas falhas cometidas na comunicação profissional-mulher, como dar falsas esperanças, mentir por piedade, na tentativa de consolar a mulher, e usar termos técnicos, que dificultam a compreensão dela.

“Às vezes a gente começa: ‘Não, vai dar tudo certo’. ‘Calma, vai ficar tudo bem’. A gente acaba mentindo, para tentar consolar. Um erro que, às vezes, a gente, sem querer, acaba fazendo. Às vezes, eu não sei o que falar, então [penso] ‘eu vou dar força pra aquela mulher’. Ingenuamente, a gente fala alguma coisa de apoio, mas dando esperança pra ela, uma esperança que não é real” [Calma]

“Não adiante dizer: ‘eu sei o que você está passando’, ‘eu sei o que você está sentindo’. Mentira, a gente não sabe.” [Carinho]

“[...] é uma falha na comunicação, a gente não percebe, mas usa muitos termos médicos” [Honra]

Foi apontada, ainda, nas rodas de conversa, a importância do trabalho em equipe, especialmente para transmissão de notícias à gestante, além de ressaltar-se a necessidade de um acompanhante da mulher neste momento.

“Acho que não é bom o médico tá sozinho, acho que a gente tem que tá junto, porque o médico não vai abraçar, pegar na mão, e a gente vai. A confiança tá sempre com a enfermagem. A enfermagem, ela fica... e mais o familiar junto, nunca sozinha. Ou, preferencialmente. A paciente tava sozinha uma vez, e ela pediu pra ir embora porque o acompanhante não acreditou, e ele disse que queria tá junto, que queria fazer outro ultrassom, que tinha outro lugar, que tinha a possibilidade de tá errado.” [Gratidão]

“A notícia deve ser dada em equipe, nunca sozinho, e nunca [para] a paciente sozinha, também, se possível, né? [Reciprocidade]

“Seria perfeito se ela acompanhasse na hora da notícia, o psicólogo tivesse junto com o médico e com o enfermeiro na hora de dar a notícia, na hora de passar as informações, eu acho.” [Apoio]

A comunicação entre o profissional e a mulher, desde a recepção até a confirmação do diagnóstico, também é vista como uma barreira para a efetivação dos cuidados de enfermagem.

O processo de parir na perda fetal

O trabalho de parto e parto, que é acompanhado pela enfermagem, foi apontado como uma etapa difícil de ser enfrentada. As falas a seguir mostram como se dá a organização dos cuidados de enfermagem neste caso:

“Elas [se] sentem muito sozinhas. Tem que dar prioridade para escutar o BCF das outras pacientes, para ir lá no centro cirúrgico, no pré parto, na sala de recuperação e, às vezes, elas ficam mais isoladas. [...] a gente vai a cada três horas para fazer a dinâmica [uterina], se vai precisar pôr soro ou um comprimido... não tem porque a gente ir lá de uma em uma hora (a não

ser que ela esteja sentindo alguma coisa de errado) se ela não vai ter um bebê para auscultar. Então, o atendimento é diferente, e elas acabam se sentindo mais sozinhas.” [Apoio]

“A paciente do FM não tem BCF para auscultar (de hora em hora, segundo a rotina do setor), por isso ela acaba ficando mais sozinha, [...], abandonadas. A dinâmica [uterina] é de três em três horas. Então, tu vai lá de três em três horas, ou se tem medicação, ou alguma atividade dessas para fazer.” [Otimismo]

“Tem dia que tem seis [funcionários], aí, se tem [mulher com] FM, se eu estou na assistência, eu não consigo ir no quarto: eu consigo admitir a paciente, e pronto.” [Reciprocidade]

Outro fator, apontado pelos profissionais, que acaba repercutindo na questão de a mulher sentir-se isolada, sozinha e sem o acompanhamento, é o fato de, na instituição investigada, o cuidado não ser realizado de forma integral (um único profissional responsável por atender a mulher) mas de forma fragmentada, onde cada profissional é responsável por uma tarefa.

“[...] um vai lá, vê a PA [pressão arterial], outro vai lá e vê outra coisa. Pôr uma só, ou duas [técnicas de enfermagem], na escala, especialmente para os cuidados integrais pra essa paciente” [Calma]

“[...] deveria ter uma pessoa para dar uma atenção especial àquela mãe, para saber como é que ela tá se sentindo, para ouvir, parar e não ficar naquele corre, corre. [...] aquela pessoa, naquele momento, deveria ser mais acolhida. [...] Às vezes, conversar não ajuda, mas a tua presença, sim. [...] Eu acho que deixar duas pessoas, [...] porque uma só fica cansada psicologicamente. As duas se revezam.” [Apoio]

“Seria ideal que fosse uma pessoa específica para os cuidados com essa mulher no CO. Eu sei que fica pesado pra aquela pessoa que vai acompanhar o tempo todo, mas vai ter um vínculo melhor. [...] naquele dia para uma pessoa só ficar com aquilo, ou duas, né? Para não ficar tão pesado.” [Otimismo]

Além disso, as rodas de conversas possibilitaram aos profissionais perceberem que o uso de métodos para alívio da dor tem sido pouco utilizado e orientado para estas mulheres, e que não lhes é dada a opção de escolha do tipo de parto.

“A gente tem necessidades de assistência humanizada no trabalho de parto, parto e pós parto, é em todo o processo, na verdade. Não que não é humanizado, é porque o uso de bola, cavalinho, banquinho, são muito pouco usados nesses casos, quase nunca, na verdade. Orientar, mas não só falar, mas estar junto, utilizar os métodos, as massagens, porque ela tá com dor, e naquele processo, ainda mais. Então, isso deve ser para todas as pacientes. [...] Oferecer analgesia de parto, a mesma coisa.” [Reciprocidade]

“A gente esquece da analgesia de parto, porque pro bebê saudável, atrasa. Existem muitos cuidados na analgesia com o bebê vivo, porque atrasa, tem os cuidados com BCF, mas, nesse caso, por que não fazer? [...] A gente precisa permitir que ela escolha a posição no trabalho de parto, e no parto também, porque a gente permite pras outras. E essas pacientes não tem cama PPP e a gente acaba fazendo sempre o parto no leito, com ela semi-sentada. [...] [Otimismo]

Outra dificuldade encontrada pelos profissionais não é exatamente direcionada à equipe de enfermagem, mas refere-se a uma falha estrutural e organizacional da instituição: o atendimento a esta clientela não tem a privacidade assegurada, tendo que entrar em contato com mulheres e bebês em trabalho e parto, o que aumenta a dificuldade de adaptação à situação. Algumas falas ilustram o problema em questão:

[...] a gente coloca o cardiotoco ali na frente do leito 7, onde as pacientes [em indução do trabalho de parto por feto morto] estão, e ficam escutando o BCF das outras pacientes.” [Apoio]

“Quando a mulher tá internada, escuta o barulho do cardiotoco, escuta os choros dos bebês, vê a mulher que passa com o bebê no meio da perna quando tá na maca indo pro andar... Falta um local adequado.” [Honra]

“Aquele momento que ela perdeu, ela tá encontrando com aquilo que ela queria no momento, então, pra gente evitar isso.” [Saudade]
 “Estar ouvindo aquele choro [de outro bebê] sendo que não pode mais ter aquele filho.” [Sensibilidade]

“[...] o ideal seria que essa gestante de FM não tivesse contato com gestante de feto vivo, choro de bebê, paciente saindo da sala de recuperação pra ir pro andar... Eu acho que teria que ter um lugar que ela fosse melhor acolhida, melhor recebida, e não exposta a isso. Ela já não tá numa situação fácil.” [Apoio]

“[...] ela lá, na recuperação, tava mais 3 mães com bebê, e aí, eu vou fazer o quê? Não tinha mais nenhuma vaga. Teve que recuperar junto, do lado, até tentei deixar ela mais num cantinho, e os outros bebês mais longe, mas não adiantava. Ela vê, ela vê chorando, ela vê...” [Otimismo]

“A sala de recuperação [pós-anestésica] é mista, as pacientes tiveram parto normal, fizeram cesariana, de feto vivo, de feto morto, fizeram curetagem, tudo na sala de recuperação. [...] Às vezes, a paciente faz uma curetagem e ta lá outra mãe, amamentando do lado: ‘ai, que lindo o bebê’.” [Apoio]

Assim, tanto a questão estrutural quanto a forma de organização do trabalho da equipe de enfermagem foram apontadas como dificuldades no processo de acompanhamento do trabalho de parto e parto da mulher que vivencia o óbito fetal.

Preparo da equipe de enfermagem para lidar com a morte

De igual forma, como dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem que cuida da mulher frente ao processo de morte e morrer, as fragilidades na sua instrumentalização também foram apontadas.

“Quando acontece óbito de bebê é muito difícil. Dá medo de não saber o que falar para família, por exemplo, de não saber como reagir, como me portar com aquela família.” [Apego]

“[...] falta de preparo da equipe para lidar com a perda do bebê.” [Esperança]

“O que eu vou falar com a mãe? O que eu não vou? Meu Deus, [...] será que eu vou ter coragem de abraçar, de sorrir? A criança veio a óbito, e ela estava numa salinha reservada com o neném no colo, a família, e eu olhei e disse: ‘Meu Deus!’ Aquilo ali ficou muito forte dentro de mim.”
 [Responsabilidade]
 “Como falar? O que falar? Quando falar? Como lidar com isso? Como abordar aquela mulher?”
 [Otimismo]

A falha na formação do profissional, seja de nível médio ou superior, foi destacada: a formação acadêmica não prepara a enfermagem para lidar com a morte no cotidiano, principalmente quando o momento envolve o nascimento.

“Porque, no curso técnico, a gente teve um semestre só para falar sobre morte. E eu nunca pensei que a gente fosse estudar isso, e a gente acabou não estudando mesmo, mas desabafando sobre a vida particular.” [Apego]
 “[...] a gente nunca vai tá preparado para isso, mas a gente vai tentando melhorar.” [Superação]

Ademais, espaços de educação permanente que abordem esta temática no campo de trabalho não são propiciados.

“Eu sei que é difícil, porque a gente tem sempre pressa, não tem muito preparo. Então, é mais fácil fugir mesmo.” [Reciprocidade]
 “Não é uma situação que cada um pode agir de um jeito. Por mais que tu aches que tu sejas muito forte, mas pode ser que tu chore, que tu erre, porque tu não sabe como tu vai reagir. Depende da paciente também.[...] Eu acho que deveria ter psicólogo no CO.” [Apoio]
 [...] Eu acho que a gente precisa ter um discurso único e um suporte profissional para oferecer, acolher ela [a mulher], a família...
 “[Compreensão]
 Todos devem estar capacitados para esses cuidados com a paciente, então.” [Apoio]

Uma das falas bastante presente nas rodas de conversa foi a necessidade de atendimento da psicologia em todos os momentos. Isso reforça o despreparo dos profissionais - na tentativa de encaminhar a demanda a outra categoria profissional – mas, também, aponta a necessidade de suporte para o próprio profissional de saúde por meio da educação permanente.

“Seria muito bom que essa psicóloga fizesse uma oficina conosco.[...] ela já tem um conhecimento que vai agregar ao nosso, vai estar nos ensinando.[...] Talvez ela nos dê dicas de como tirar esse nó da garganta quando vai atender a paciente. Mas eu acho que, se a gente tem coração, esse nó nunca sai. [...]” [Otimismo]

“[...] a gente precisa de um apoio também, pra gente se abastecer. [...] tem que conversar, desabafar.” [Responsabilidade]

“A gente precisa de apoio porque a gente também fica doente. Eu sinto falta de um apoio psicológico para os profissionais e para a mãe.” [Otimismo]

“Precisa de atendimento psicológico tanto pra mulher quanto pra gente. [...] isso que a gente tá fazendo acaba sendo um apoio, a gente se sente fortalecida, sente que fica com mais bagagem pra lidar com essas pacientes.” [Harmonia]

Por vezes, também foi apontado que, por não saber como lidar com a perda na maternidade, o acúmulo de funções e a sobrecarga de trabalho, a equipe de enfermagem escolhe afastar-se dos cuidados com a mulher.

“[...] na verdade, a gente foge da morte, seja morte de adulto, infantil, óbito fetal [...] até porque a nossa profissão é cuidar e evitar a morte.” [Adaptação]

“Tu não sabe se tem que preencher aquela coisa burocrática, que depois vai ser cobrada lá na frente se faltar alguma coisa. E também tem o outro suporte, eu quero largar a burocracia pra poder dar aquele atendimento pra aquela mãe, né? Aquele acolhimento...” [Otimismo]

“O profissional, às vezes, não transmite de forma humanizada, que ele cria também essa barreira,

pra não se envolver também. Às vezes, acho que acaba sendo meio seco.” [Sensibilidade]

Entre as dificuldades citadas no preparo dos profissionais, destacam-se a necessidade de suporte psicológico, o fomento a espaços de discussão no cotidiano do cuidado e capacitações para melhor cuidar da mulher.

DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem é responsável pela prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, buscando preservar a vida e prevenir agravos. Porém, não são raros os momentos em que a enfermagem precisa lidar com o processo de morte e morrer em seu cotidiano de trabalho. Quando isto ocorre na maternidade, conhecida como um ambiente de alegria, caracterizada pela recepção da vida e pelos cuidados ao parto e ao recém-nascido, transforma o momento da chegada em partida.

A perda fetal chega, muitas vezes, sem aviso prévio, mesmo sem estar relacionada a intercorrências no pré-natal, o que quebra as expectativas projetadas sobre o nascimento e inverte seu significado para a finitude do corpo. Assim, os profissionais de saúde, em especial da enfermagem, precisam lidar com uma tênue aproximação entre o nascimento e a morte, adaptar-se à nova realidade, além de prestar assistência à mulher que vivencia, de forma tão intensa, a despedida do filho, mesmo antes do nascimento.

O encontro com a morte, e os cuidados necessários a este processo dentro da maternidade, são eventos traumáticos e encarados como uma das mais árduas e dolorosas atribuições cotidianas da equipe de enfermagem. Essa perda do bebê abala os profissionais de uma maneira que pode vir a prejudicar sua conduta, pois adotam mecanismos de defesa, como afastamento, postura rígida e não valorização do momento. É necessária a adaptação do profissional de enfermagem à perda dentro da maternidade que, às vezes, é difícil de ser alcançada.

As emoções desencadeadas e relatadas nesta investigação podem demonstrar o luto perinatal que a equipe de enfermagem vivencia e que, muitas vezes, não se conscientiza. Eles passam por um processo de enfrentamento da morte em cinco etapas bem definidas: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação (KÜBLER-ROSS, 2005; LEMOS, CUNHA, 2015; LIMA, COSTA JUNIOR, 2015). Estas etapas não são necessariamente apresentadas, em sua totalidade e nesta ordem

cronológica, por todos que vivenciam a perda, visto que as experiências individuais influenciam o processo.

A primeira fase, a de negação, tem início com a quebra de expectativas geradas pelo impacto da notícia da perda do bebê (KÜBLER-ROSS, 2005; LEMOS, CUNHA, 2015). É uma reação de defesa caracterizada por choque, impotência, frustração, medo, tristeza, inquietação e isolamento (STEEN, 2015), conforme descrito pelos participantes desta investigação, ao apontarem que o clima fica mais triste e mais pesado, e que as pessoas levam um choque, com a notícia.

Na segunda fase, de raiva, o profissional apresenta-se inconformado e irritado (KÜBLER-ROSS, 2005). Ele não aceita a perda do bebê e os sentimentos negativos propagam-se sem direção ou justificativa (LEMOS, CUNHA, 2015; LIMA, COSTA JUNIOR, 2015). Corroborando esta afirmação, os profissionais participantes relatam ter dificuldade de lidar com a situação, e que é comum a culpabilização da mulher pelo ocorrido, realizando pré-julgamentos às suas vivências, condutas e assistência recebida no pré-natal.

A terceira etapa, a de barganha, que é a negociação pela (re)conquista da vida (KÜBLER-ROSS, 2005; LIMA, COSTA JUNIOR, 2015), pode estar associada, nos depoimentos, aos questionamentos dos pais sobre a veracidade do diagnóstico, por exemplo, ao solicitar nova ausculta de batimentos cardíacos e/ou cesárea para possibilitar reanimação do bebê. Esta fase ficou evidente para a equipe de enfermagem que, antes do diagnóstico confirmatório de ultrassonografia, tenta incansavelmente encontrar os batimentos cardíacos.

No quarto estágio, de depressão, há a melancólica sensação de impotência, introspecção e mobilização de sentimentos (KÜBLER-ROSS, 2005; LIMA, COSTA JUNIOR, 2015). Permitir emocionar-se faz com que a enfermagem encare definitivamente a presença da morte e não a banalize, o que muitas vezes é visto pelo próprio profissional como fragilidade. Contudo, as mulheres acolhem a sensibilização profissional e humanização do cuidado e passam a sentirem-se mais cuidadas (SIMWAKA; KOK; CHILEMBA, 2014), como quando um dos participantes aponta que, em sua experiência, a mulher agradeceu por ela tê-la abraçado e chorado junto.

A quinta e última etapa é a de aceitação (KÜBLER-ROSS, 2005). Quando e se a morte é acolhida como parte do processo de viver humano e torna-se parte dos diálogos, conforme depoimento de Apego, ao referir que a vida é um ciclo e que chegou o momento. A aceitação da

morte e adaptação à ela a tornam menos dolorosa e podem refletir positivamente na assistência de enfermagem porque, assim, os cuidados deixam de ser automáticos, passam a ser refletidos e são melhores conduzidos na busca de uma assistência de qualidade (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005; LEMOS, CUNHA, 2015; LIMA, COSTA JUNIOR, 2015). Esse depoimento corrobora o processo de aceitação necessário para adaptação dos profissionais, que precisam lidar com os eventos relacionados à situação e superá-los.

O enfrentamento da morte fetal no dia a dia, mesmo depois de anos lidando com esta demanda, ressalta as fragilidades de instrumentalização profissional (LEMOS; CUNHA, 2015), como descrito na cascata de sentimentos vivenciados pelos participantes no atendimento à mulher com perda fetal, caracterizando a árdua tarefa de enfrentar a perda na maternidade.

O processo de comunicação entre a equipe e a mulher foi apontado como uma dificuldade para os profissionais da enfermagem. Há grande dificuldade em transmitir as informações e em como confortar a mulher. A reflexão que a equipe fez sobre o seu cuidar revelou que a comunicação não verbal é parceira constante e que, em alguns momentos, é mais relevante que a verbal. Na comunicação da morte fetal, a linguagem corporal tem grande relevância, assim como o silêncio da mulher que sofre pelo vazio deixado pela ausência do filho. Silenciar, dar tempo para elaboração das falas, com olhos nos olhos, gestos, expressões, a postura e o abraço transmitem mensagens, ou seja, o corpo comunica. O abraço também é apontado pelos profissionais como forma de conforto à mulher que vivencia a perda.

Numa situação como esta, quem dita a velocidade do acompanhamento das informações é a mulher, e perceber como ela reage pode mostrar até onde pode-se ir naquele momento. Se a mulher tem ciência dos acontecimentos, ela recebe a chance de responsabilizar-se pelos eventos de sua vida.

Alguns erros na conversação demonstram as fragilidades no processo de comunicação, como dar falsas esperanças na tentativa de consolar a mulher e o uso de termos técnicos, como forma de evitar lidar com o processo de perda e luto da mãe. A mentira piedosa, ou o silêncio cheio de significados dúbios, são apontados como estratégias utilizadas pelos profissionais frente à dificuldade de lidar com a morte (SILVA; ARAÚJO, 2012).

A comunicação do óbito fetal e das informações subsequentes sobre a indução do trabalho de parto, parto e puerpério sem o bebê deve ser de responsabilidade não de um profissional apenas, mas da equipe

prestadora de cuidados, conforme mencionado nas rodas de conversa com a equipe de enfermagem. Os profissionais devem estar em sintonia e harmonia na transmissão de informações sinceras, sem rodeios, porém, de forma humanizada (SILVA; ARAÚJO, 2012). A efetividade na comunicação profissional-paciente, em especial quando realizada de forma multiprofissional, pode proporcionar melhores condições de cuidado (ROY, 1984; SMART, SMUTH, 2013; BRAMHALL, 2014; STEEN, 2015) e aumentar as chances para elaboração do luto e adaptação à nova realidade (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2009). Além disso, é importante que haja pelo menos um acompanhante com a mulher, para que seja possível o estabelecimento do vínculo e confiança com a equipe de saúde (SANTOS et al., 2012).

A enfermagem tem um importante papel na prestação de cuidados à mulher com diagnóstico de óbito fetal, especialmente durante o trabalho de parto e parto. Neste momento de despedida, é importante que o profissional se faça presente, estando ao lado de quem necessita, para que a mulher não se sinta sozinha e diferente das demais (LEMOS; CUNHA, 2015). Nesta investigação, o cuidado fragmentado em tarefas foi colocado como empecilho para a prestação de uma atenção integral. No acompanhamento da mulher com óbito fetal não é realizada a verificação dos batimentos cardíacos fetais, com isso, prioriza-se as mulheres que precisam de avaliação do bem estar fetal. Assim, a mulher nesta condição sente-se abandonada porque, inconscientemente, por mecanismo de defesa, a equipe de enfermagem centra-se apenas nos procedimentos e evita o encontro, deixando de dar o apoio e o suporte necessários neste momento tão difícil.

Mudanças no modelo assistencial são essenciais para a efetivação do cuidado de enfermagem na perda fetal, que pode ser conquistada com o direcionamento de uma equipe específica responsável pelos cuidados, proporcionando uma abordagem calma, atenciosa, acolhedora e humanizada (SANTOS et al., 2012). Esta forma de cuidar busca, além dos cuidados técnicos, a escuta, o olhar atencioso e o toque, que certamente auxiliam no vínculo entre o profissional e a mulher. A enfermagem deve buscar a adaptação e o enfrentamento do ser à sua situação atual (ROY, 1984).

Outro ponto mencionado nas rodas de conversa são os métodos para alívio da dor, que muitas vezes são esquecidos no cuidado a estas mulheres. O processo de trabalho de parto e parto é bastante doloroso, pois não há mais o incentivo de poder ter o calor do filho nos braços após o nascimento. A equipe de enfermagem tem a missão de acompanhar e tentar minimizar o sofrimento físico e emocional,

portanto, as boas práticas obstétricas devem ser utilizadas também nestas mulheres (RYNINKS et al., 2014). Neste ponto, as rodas de conversa e a possibilidade de olhar para sua realidade foram fundamentais para que o profissional percebesse que a mudança pode começar por ele mesmo. A ação-reflexão-ação sobre os cuidados de enfermagem possibilitaram a análise sobre as dificuldades encontradas e as melhorias necessárias por meio da co-responsabilização dos profissionais.

A utilização dos métodos para alívio da dor, quando bem aplicados, podem auxiliar na evolução do trabalho de parto e parto. O uso da bola, do cavalinho, do chuveiro, das massagens, a deambulação e a livre escolha de posição para o parto devem ser discutidos entre a equipe e estimulados, assim como a analgesia de parto disponível na instituição (OREANO et al., 2014). Por outro lado, a restrição no leito e a posição litotômica para o parto devem ser desencorajadas.

Outro problema que corrobora as dificuldades assistenciais é a infraestrutura da instituição. As dependências destinadas às mulheres que perdem seus bebês ficam muito próximas ou, ainda pior, juntas às das mulheres com seus bebês no colo. Estímulos que remetem à gestação e puerpério saudáveis são percebidos durante a internação da mulher. Estes estímulos acabam tornando ainda mais difícil este momento de despedida, já permeado por dor e sofrimento (SANTOS et al., 2012; LEMOS; CUNHA, 2015). Conforme assinalado por Roy (1984), os estímulos e as condições do meio podem influenciar no processo adaptativo da mulher, cabendo à enfermagem praticar ações de apoio para o estabelecimento de mecanismos de enfrentamento.

Por fim, os profissionais deste estudo destacam a necessidade de apoio psicológico e instrumentalizações da equipe para lidar com esta clientela tão específica, visto que a academia pouco prepara a enfermagem para lidar com o processo de morte e morrer, em especial na maternidade, o que também é reafirmado em outros estudos (SANTOS et al., 2012; JASKOWIAK, ZAMBERLAN, FONTANA, 2013; LIMA; COSTA JUNIOR, 2015). É necessário e urgente fomentar, no cotidiano da assistência, espaços de discussão e reflexão para garantir a qualidade do cuidado prestado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem na maternidade vivencia o processo de luto no seu cotidiano ao lidar com o óbito fetal. O enfrentamento e a adaptação dos profissionais são difíceis de serem alcançados e variam

segundo as habilidades individuais. A formação acadêmica da enfermagem não prepara para o lidar e o cuidar no processo de morte e morrer, o que pode gerar dificuldades no cuidado.

As falhas citadas no processo de comunicação, durante a transmissão da notícia do óbito, nas ações de cuidado durante o trabalho de parto e no parto, refletem diferentes estágios do processo de morte e morrer que são vivenciados não só pelas mulheres, mas também pelos profissionais. Outra dificuldade apontada, que prejudica o atendimento a esta clientela, foi a questão estrutural e organizacional da instituição investigada, seja pela fragmentação do cuidado ou pela distribuição dos leitos de internação, que fazem com que a mulher fique exposta a recordações de uma gestação e puerpério saudáveis.

A fim de minimizar os entraves encontrados pela equipe de enfermagem para a efetivação da sua assistência é necessário dar aos profissionais suporte emocional e psicológico para lidar com o processo de morte e morrer no seu cotidiano. Além de capacitações, momentos de socialização, compartilhamento de experiências e reflexão para a instrumentalização da equipe, tornando possível, assim, a transformação da realidade.

Por outro lado, cabe destacar que esta pesquisa possibilitou um novo olhar para o problema, fazendo com que os profissionais da enfermagem percebessem que eles podem ser protagonistas de mudanças no atendimento a estas mulheres, especialmente na promoção de boas práticas durante o trabalho de parto e parto. Propostas como esta possibilitam aos profissionais não só elaborar seu luto e adaptar-se à realidade, mas melhor cuidar das mulheres que vivenciam o óbito fetal, buscando auxiliar na sua adaptação, quando o parto torna-se um momento de despedida.

Por fim, sugere-se novas pesquisas, ampliando o enfoque para a família, além da necessidade de explorar as dificuldades da enfermagem no pós-parto com os cuidados ao recém-nascido, das questões referentes à inibição da lactação, da individualização e condução dos cuidados e seu reflexo na prática. E, também, do acompanhamento da mulher através do sistema de referência e contra referência com a atenção básica, após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

AMPARE, D.; PEROSA, G.; HAAS, R. E. A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável. **Bioethikos**. Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 70-7, 2007.

BRAMHALL, E. Effective communication skills in nursing practice. **Nurs Stand.** v. 29, n. 14, p. 53-9, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

JASKOWIAK, C. R.; ZAMBERLAN, P.; FONTANA, R. T. Processo de morte e morrer: sentimentos e percepções de técnicos em enfermagem. **Rev. Pesquisa:** o cuidado é fundamental (online). Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3515-22, 2013.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer:** o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicol.:** ciência e profissão. v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.

LEYLAND, A. The midwife's role in caring for the needs of bereaved parents following a stillbirth. **Pract Midwife.** v. 16, n. 2, p. 20-22, 2013.

LIMA, R. S.; COSTA JUNIOR, J. A. The process of death and dying in nurses vision. **Rev. Ciên. Saberes FACEMA.** v. 1, n.1, p. 25-30, 2015.

MEDEIROS, L. A., LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH.** v.14, n.2, p.203-227, 2011.

MÜLLER, E. B; ZAMPIERI, M. F. M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 247-56, 2014.

OISHI, K, L. O jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. **Rev. Psicol. teor. pesqui.** v.30, n.1, p.5-11, 2014.

OREANO, J. M. et al. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. **Cienc. Cuid. Saúde**. Maringá, v. 13, n. 1, p.128-36, 2014.

PANEQUE, C. M. Addressing perinatal bereavement. **Metas de Enfermería (METAS ENFERM)**, v. 14, n. 5, p. 58-61, 2011.

ROCHA, L. et al. Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. da UFSM**. Santa Maria, v.2, n.2, p. 264-74, 2012.

ROY, S. C. **Introduction to nursing an adaptation model**. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

RYNINKS, K. et al. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 14, n. 203, 2014.

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

SANTOS, A. L. D.; ROSENBERG, C. P.; BURALLI, K. O. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 268-76, 2004.

SANTOS, C. S. et al. Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 277-84, 2012.

SILVA, C. O. et al. Significados e expectativas de gestantes em relação ao pré-natal na atenção básica: revisão integrativa. **Saúde e transformação social**. Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 98-104, 2013.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Comunicação de cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T; PARSONS, H. F. **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Agência Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p.75-85.

SIMWAKA, A. N.; KOK, B.; CHILEMBA, W. Women's perceptions of Nurse-Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: an exploratory study. **Malawi Med J.** v. 26, n. 1, p. 8-11, 2014.

SMART, C. J.; SMUTH, B. L. More than a band-aid: a transdisciplinary team approach to perinatal loss. **MCN Am J Matern Child Nurs.** v. 38, n. 2, p. 110-114, 2013.

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

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente-assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

4.2 PRODUTO FINAL

4.2.1 Plano de cuidados de enfermagem à mulher que vivenciam o óbito fetal em âmbito hospitalar

A gestação é parte do ciclo vital da mulher e é envolta pela subjetividade com sentimentos contraditórios, de alegria, ansiedade, medo, incerteza e planejamentos. Configura-se como um processo adaptativo, que resulta em mudança de papéis, criação de responsabilidades, planejamentos e preparação para a chegada do bebê (ROY, 1984; BOWLBY, 1984; ROCHA et al., 2012; OREANO et al., 2014).

Com o desenvolvimento do bebê e o crescimento da barriga da mulher, maiores são as expectativas sobre o bebê ideal, o que o torna cada vez mais real com a aproximação de sua chegada (BOWLBY, 1984; KLAUS, KENNEL, 1993; SILVA et al., 2013; BRASIL, 2013). O período gestacional, porém, pode ser interrompido por alguns motivos, e às vezes de forma brusca (BRASIL, 2010a; SILVA et al., 2013), o que geralmente se contrapõe a tudo que foi planejado durante os meses de gestação. Neste caso, a gravidez que significara vida transforma-se em sentimentos negativos como resultado da quebra de expectativas (KLAUS, KENNEL, 1993; KÜBLER-ROSS, 2005; ROCHA et al., 2012; SILVA et al., 2013; BRASIL, 2013).

Da mesma forma, na obstetrícia o óbito fetal representa a maior destas quebras de expectativas, em especial em gestação a termo. A definição de óbito fetal não é consensual (SAMPAIO; SOUZA, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde (2012), óbito fetal é a morte intrauterina ocorrida em qualquer idade gestacional, a partir da fecundação, antes da exteriorização completa do corpo materno. De forma didática, a morte fetal pode ser definida como precoce, intermediária ou tardia. Os autores dissertam que o óbito fetal precoce acontece até a 20ª semana de gestação e peso fetal até 500 gramas, o intermediário entre a 20ª e 28ª semanas e peso fetal entre 500 e 1000 gramas, e a mortalidade fetal tardia, o óbito fetal tardio ou o natimorto é o óbito a partir da 28ª semana de gestação e superior a 1000 gramas (SAMPAIO; SOUZA, 2010; KLEIN et al., 2012).

As causas do óbito fetal, ainda carecem de definições, mas têm sido exploradas pela epidemiologia, que se preocupa em desvendar os determinantes biológicos e os fatores socioambientais que caracterizam ou contribuem para a interrupção da gestação (SAMPAIO, SOUZA, 2010; HOGUE et al. 2013). Por outro lado, os cuidados de enfermagem

e fluxogramas de atendimento ficam ainda aquém da real necessidade. O parto que se torna despedida vem permeado por uma série de sentimentos negativos. Essa situação requer um processo adaptativo de todos os envolvidos para vivenciar cada etapa do processo de morte e morrer e conseguir adequar-se à nova realidade (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005). O processo adaptativo é a transformação, a evolução do ser biopsicossocial e espiritual no dia a dia, que acontece de acordo com as competências individuais de enfrentamento situacional (ROY, 1984).

Esta adaptação se dará de acordo com a capacidade de cada mulher e de cada profissional para enfrentar a nova realidade, podendo inclusive em alguns casos não haver adaptação suficiente para superar a dor, o que pode repercutir por toda a vida (ROY, 1984; BRASIL, 2010a). O processo de morte e morrer em todas as suas fases deve ser vivenciado, possibilitando experienciar os principais fatores de enfrentamento para a substituição do nascimento saudável esperado (KÜBLER-ROSS, 2005). Diante desta situação, a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, deve construir um modo de cuidar para que a mulher possa melhor desenvolver o seu processo adaptativo frente à perda através de planos de cuidados que conduzam a gerência e a assistência de enfermagem.

Diante desta contextualização foi elaborado um plano de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal em âmbito hospitalar com a participação de 23 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 17 técnicos e 06 enfermeiros que atuam nos diferentes setores da maternidade do Hospital Regional de São José Drº Homero de Miranda Gomes/SC. Este plano foi elaborado a partir do I Ciclo de Educação Permanente para os profissionais de enfermagem da Maternidade sobre a assistência de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal. O Ciclo de Educação Permanente foi organizado como uma estratégia metodológica da pesquisa desenvolvida pela enfermeira Larissa Rocha, durante a realização de sua investigação de Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

As informações contidas no Plano de cuidados são provenientes das rodas de conversa realizadas com os profissionais de enfermagem durante a Educação Permanente e da revisão de literatura sobre a temática. Cabe destacar que as rodas de conversa foram guiadas pelos os pressupostos da Pedagogia Problematizadora de Freire (1980), que propõem momentos de socialização, diálogo e reflexão sobre a realidade, neste caso os cuidados de enfermagem. Esse método permite a ação-reflexão-ação, iniciando com a problematização da realidade, que

é analisada sob olhar crítico pelos envolvidos (a equipe de enfermagem), com o objetivo de construir conhecimento, a partir da criatividade sendo possível pautar soluções, assim, os cuidados deixam de ser automáticos e passam a ser refletidos (FREIRE, 1980).

Desta forma, o Plano de cuidados foi construído a partir da experiência dos profissionais de enfermagem da maternidade embasado nas evidências científicas e apresenta os cuidados necessários para melhor cuidar da mulher que vivencia o óbito fetal. É direcionado aos profissionais de enfermagem que cuidam das mulheres, desde a sua chegada ao HRSJ até a sua alta.

O Plano de cuidados está distribuído em quadros distintos, o primeiro com os cuidados comuns a todas as unidades, o segundo com os cuidados de enfermagem no pré parto, o terceiro no trabalho de parto e parto e o quarto no puerpério. Os quadros apresentam três colunas: a primeira com a situação detectada pela equipe de enfermagem, a segunda com os cuidados de enfermagem e a terceira, com a justificativa para tal prática. Cabe ressaltar que este Plano tem como objetivo organizar o cuidado de enfermagem, entretanto devem ser consideradas sempre as individualidades de cada mulher.

4.2.1.1 Cuidados Gerais que Permeiam Todas as Etapas do Processo de Nascimento no Óbito Fetal

Neste quadro são apresentados os cuidados comuns a todo o processo de atendimento à mulher. Os cuidados principais elencados foram: A comunicação profissional-mulher, a humanização do cuidado, o acolhimento e a vinculação profissional-mulher. Ao lado foram expostas justificativas para cada cuidado.

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
Comunicação profissional-mulher	- Preparar a mulher para as notícias que estão por vir;	<p>A comunicação de más notícias também faz parte das atribuições da equipe de enfermagem que acompanha e auxilia no processo adaptativo frente a perda do bebê (ROY, 1984; KÜBLER-ROSS, 2005; ROCHA, et al. 2016). Não há uma técnica universal para transmissão de más notícias em obstetrícia, porém ela deve estar pautada nos princípios éticos de justiça, autonomia, beneficência e não maleficência (SILVA; ARAÚJO, 2012).</p> <p>Descobrir a morte fetal é um momento sempre difícil para os pais mesmo quando a morte é só uma suspeita, mas também para os profissionais, que apesar de não poderem impedir os sofrimentos, podem minimizá-lo através do esclarecimento e do amparo (BRASIL, 2010a; SOUSA, MUZA, 2011; SMART, SMUTH, 2013). Este momento de vulnerabilidade para os pais é influenciado pela forma com que a notícia é transmitida. Esta descoberta deve ser feita aos poucos e transmitida de tal forma que seja possível minimizar o choque gerado na gestante. Todas as palavras ditas deverão ser cuidadosamente escolhidas e provavelmente serão fielmente lembradas pelos pais (BRASIL, 2010a; MEDEIROS, LUSTOSA, 2011).</p> <p>Por exemplo, quando o enfermeiro avaliar a história da mulher, não perceber movimentação fetal e não conseguir ausculta o BCF no ACCR, ele já deve ir orientando a mãe que não está conseguindo. Da mesma forma, o médico deverá comunicar a mulher e ver se há necessidade de encaminhá-la ao CO</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
		<p>com urgência, como em caso de sangramento vaginal ativo ou crise convulsiva, nos casos de descolamento prematuro de placenta e hipertensão grave (BRASIL, 2012a).</p> <p>Caso não haja necessidade de interrupção da gestação imediatamente, deverá ser solicitada uma ultrassonografia (USG) e a mulher deverá ser orientada sobre o motivo da solicitação (BRASIL, 2010a). A exemplo: “Eu estou muito preocupado com o bem-estar do seu bebê e não estou conseguindo detectar os batimentos cardíacos. Precisamos realizar uma ultrassonografia.” (BRASIL, 2010a, p. 104).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilhar a notícia com a mulher de forma multidisciplinar; - A equipe deve estar em harmonia ao compartilhar as informações; 	<p>A comunicação do óbito fetal não deve ficar ao encargo de um único profissional, e sim de alguns membros da equipe multiprofissional, desde que haja harmonia em seus discursos (SANTOS, et al., 2012; SMART, SMUTH, 2013). O diagnóstico médico cabe ao profissional médico, mas a informação de seus desfechos e os cuidados em todo o processo compete a toda a equipe.</p> <p>Os profissionais envolvidos devem estar em sintonia e transmitir as informações de forma homogênea (SMART, SMUTH, 2013; LANCASTER et al., 2015). As condutas que se seguem após a notícia do óbito devem ser dadas em momentos distintos da trajetória dos acontecimentos (ROCHA et al., 2016). Estas atitudes podem também proporcionar melhor transição da fase de negação para a aceitação (KÜBLER-ROSS, 2005), de forma menos traumática e assim auxiliar no processo adaptativo dos envolvidos que sofrem com a nova realidade imposta (ROY, 1984; PONTES et al., 2014).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> -Compartilhar conhecimentos, experiências e informações gradativamente; 	<p>O compartilhamento das informações deve ser claro e gradual, com cautela para compreender até onde se pode ir naquele momento (SMART, SMUTH, 2013; ANDRADE et al., 2014). É importante ressaltar que todo comportamento comunica e toda comunicação influencia o comportamento.</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
	<ul style="list-style-type: none"> - Responder aos questionamentos quantas vezes for necessário; - Respeitar o tempo para compreensão de cada mulher; 	<p>A notícia da morte do bebê ainda na barriga da mãe causa uma descarga de profundas emoções que podem deixar a gestante e o acompanhante incapazes de ouvirem as conversas seguintes (KÜBLER-ROSS, 2005).</p> <p>Portanto, as informações sobre o diagnóstico, a condutas e os cuidados devem ser repetidas quantas vezes forem necessárias, já que as pessoas em choque não conseguem assimilar da mesma forma (KÜBLER-ROSS, 2005; ANDRADE et al., 2014). Porém, a acolhida e o tempo de elaboração são mais importantes do que a repetição das informações (SILVA, ARAUJO, 2012; ANDRADE et al., 2014).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar-se receptivo, acolhedor e demonstrar sentimentos; - Oferecer apoio; - Respeitar o tempo de acolhida da má notícia; 	<p>Para ser efetiva, a comunicação pela enfermagem em obstetrícia deve passar também por etapas, que vão além da escuta humanizada da mulher que sofre, mostrando o olhar atento, a observação dos olhos, de suas expressões, mãos e postura. Na comunicação, principalmente na de notícias difíceis, a linguagem não verbal deve ser considerada. A equipe de enfermagem deve saber quando ficar em silêncio e quando substituir as palavras pelo toque afetivo. Permitir-se demonstrar sentimentos de preocupação e pesar, ouvir os questionamentos, ser receptivo e acessível é melhor aceito pelas mulheres quando comparado a quando tratados como apenas mais um caso de óbito fetal (BRASIL, 2010a; ROCHA et al., 2016).</p> <p>A mulher que recebe a notícia da interrupção da gestação frequentemente apresenta como reação o choque, representado pela paralisação do corpo e mente e muitas vezes esse processo pode estar associado ao processo de negação (KUBLER-ROSS, 2005; LEMOS, CUNHA, 2015). Esta mulher deseja ser compreendida como uma mãe que sofre, que além da dor física, vivencia conflitos existenciais e necessidades que os fármacos e as tecnologias que lhe são disponibilizadas não podem suprir (LEMOS, CUNHA, 2015; ROCHA et al. 2016).</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
		A mulher necessita sentir-se cuidada, amparada, confortada e compreendida pela equipe de enfermagem por quem é assistida (LEMOS; CUNHA, 2015). Expressões de empatia, compaixão e afeto na comunicação e cuidados prestados trazem a certeza a estes sujeitos do cuidado de que eles são parte importante de um conjunto, o que resulta em sensação de proteção e consolo, além de proporcionar paz interior, numa situação de tamanha dor e sofrimento (BRAMHALL, 2014; BROCA, FERREIRA, 2014; LEMOS, CUNHA, 2015). Esta demonstração, para as mulheres e acompanhantes não são tidos como falhas, mas sim percebidas e acolhidas como conforto e humanização do profissional, que se demonstra sensibilizado com a situação (BROCA, FERREIRA, 2014; PONTES et al. 2014).
	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar termos técnicos, mas sempre que forem ditos, explicá-los; - Evitar gírias e vícios de linguagem; - Não omitir fatos e possibilidades; - Não dar falsas esperanças; - Reconhecer as etapas do processo de enfrentamento; - Escolher cautelosamente cada palavra a ser dita; 	<p>O processo de comunicação é influenciado pelos vícios de linguagem e diferenças culturais (PANEQUE, 2011). Portanto, a comunicação das más notícias em saúde deve ser embasada na ciência, e acima de tudo, ser clara, humanizada e na linguagem mais acessível possível ao receptor. A mentira piedosa e o silêncio podem ter significados dúbios e levar a erros na comunicação e a descredibilidade nas relações profissional-mulher (SILVA; ARAÚJO, 2012).</p> <p>As informações não ditas ficam nas entrelinhas do silêncio verbal, mas evidentes em cada gesto. A relação de confiança entre o profissional de enfermagem e a gestante/parturiente poderá ser firmada caso seja embasada sobre a verdade, objetividade e honestidade, sem comunicação punitiva, omissão ou mentiras (ROCHA et al., 2016). A verdade é a base para a confiança nas relações. Portanto, tendo como fundamentos os princípios da Bioética, pode-se dizer que a comunicação da verdade à mulher possibilita sua participação de forma ativa no processo de tomada de decisões (SMART; SMUTH, 2013).</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
		<p>Também devem ser evitadas interrupções na conversa para realização de outras demandas de cuidados do setor. Os profissionais devem evitar termos técnicos complicados, ou quando usá-los, devem ser explicados (PANEQUE, 2011). Por outro lado, também não devem deixar de dar as informações técnicas (BRASIL, 2010a). Após compartilhar a notícia é importante que se dê o tempo necessário para o silêncio, um aperto de mão ou um abraço, ou de alguma forma expressar empatia com a dor (LEMOS; CUNHA, 2015).</p> <p>Uma conversa harmoniosa, efetiva e centrada nas necessidades da gestante/parturiente pela equipe multiprofissional, é um forte aliado no controle dos sintomas físicos e psíquicos, tornando possível o acolhimento emocional, espiritual e a redução do sofrimento (PANEQUE, 2011; SMART, SMUTH, 2013). Quando a mulher compreender o que está acontecendo consigo e com seu filho, é dada a ela a oportunidade de assumir a responsabilidade pela sua vida e pelo enfrentamento do processo de morte e morrer (ROCHA et al., 2016).</p> <p>Assim é possível auxiliar a mulher a perceber o processo de viver intimamente ligado à presença da morte como um processo natural, mesmo que doloroso e fora da ordem em que estão acostumados (LEMOS; CUNHA, 2015). A competência na comunicação possibilita um cuidado ético, legal, clínico e humanizado, além de ser o conduto do estabelecimento das relações de mútua ajuda (BROCA; FERREIRA, 2014).</p> <p>Também é importante evitar algumas frases como: “Logo você vai ter outro filho”, “Você não é a primeira e nem vai ser a última”, “Dá próxima vez dá certo”, “Foi melhor assim”, “Pare de chorar”, “Deixe o bebê descansar em paz”, “Esqueça o que aconteceu e siga em frente” (BRASIL, 2010a; PANQUENE, 2011; LEMOS, CUNHA, 2015), entre outras. Isso causa uma</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
		<p>sensação de que o importante é ter um filho, mas que este filho que morreu não é tão significativo, também que o sofrimento dela não importa e que é melhor esquecer o que houve sem vivenciar o luto (PANQUENE, 2011). Como se este bebê não tivesse sido filho, e como se a gestação e todos os seus planos tivessem deixado simplesmente de existir. Ademais, a rede social dos enlutados por não saber como falar do assunto, acaba não falando sobre a perda, ou quando falam, não chamam o bebê pelo nome (PANQUENE, 2011). Todos devem se lembrar que a interrupção da gestação existiu, que causa muito sofrimento por muito tempo e que a mulher, mesmo sem o bebê, tornou-se mãe. Do contrário ao que às vezes é falado, ela é mãe, mas de um filho que não está mais presente, que pode ter nome, data de nascimento e características, podendo ter deixado marcas nos pais e nos mais próximos (LEMOS; CUNHA, 2015).</p>
Humanização do cuidado; Acolhimento; Vinculação profissional-mulher	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar-se; - Chamar a mulher, o bebê e o acompanhante pelo nome; - Caso o bebê ainda não tenha nome, estimular a família para que dê um nome; 	<p>Todos os profissionais que cuidam da mulher devem se apresentar, falando seu nome e função. Desta forma a mulher personifica os profissionais, tornando-os mais próximos e estimulando o vínculo e confiabilidade (LEMOS; CUNHA, 2015; RYNINKS, 2014).</p> <p>Chamar as mulheres pelo nome, nomear o bebê, encaminhar a gestante/puérpera ao lado dela, olhar nos olhos, entre outras atitudes, humanizam o cuidado e dignificam o processo de viver humano e nele incluído o processo de morte e morrer (BRASIL, 2010b; PANQUENE, 2011; SMART, SMUTH, 2013).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a privacidade da mulher em todo o processo de internação, desde a recepção até a alta hospitalar; 	<p>A equipe de enfermagem deve preocupar-se com a ambiência em todo o processo de atendimento, na proporção de atendimento reservado, acolhedor e que proporcione segurança (OMS, 1996; BRASIL, 2010b; BRASIL 2013b; ROCHA et al., 2016). O processo de cuidar humanizado compreende</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
	<ul style="list-style-type: none"> - Estar em local adequado para transmissão da notícia, para o trabalho de parto e parto, e puerpério; - Evitar comentários entre profissionais sobre o óbito fetal; 	<p>a ambiência como um espaço físico que proporcione atenção acolhedora, humana e resolutive, para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2013a).</p> <p>A exemplo, quando a mulher chegar na recepção para fazer seu cadastramento, independente de sua queixa, se houver mais de uma mulher devem ser entregues senhas para evitar sua exposição durante a formação de filas. Durante o atendimento deve-se estar de portas e janelas fechadas e para o exame físico com cortina ou biombo. Durante a internação da mulher, deve ficar em quarto privativo no trabalho de parto, parto e puerpério sempre que possível.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir sua liberdade de escolha; 	<p>Deve haver uma conduta de respeito às decisões da mulher, considerando suas particularidades. Como por exemplo, após confirmar a perda do filho, deve ser oferecida a opção da conduta ativa ou expectante do trabalho de parto, lembrando que a orientação deve caminhar em consonância com as práticas assistenciais (OMS, 1996; BRASIL, 2012a). Igualmente importante é a sensibilidade da equipe de enfermagem em saber a hora de se retirar e deixar os pais para refletirem e decidirem o que é melhor para eles naquele momento (BRASIL, 2010b).</p> <p>Essa postura respeitosa deve ser estendida para toda a internação da mulher, a exemplo em sua livre escolha na posição de parto, aceitação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, escolha do nome do bebê, ver e pegar seu bebê no colo, escolha da roupinha para vestir o bebê assim que nascer, aceitar ou não a investigação do óbito, a inibição da lactação, e toda a diversidade de decisões envolvidas neste acontecimento.</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que a mulher expresse sua cultura e religiosidade; 	<p>Em situações de perda, há uma tendência dos enlutados em buscar explicações pautadas na religiosidade para que possam se conformar com a perda (LEMOS; CUNHA, 2015). O estímulo à espiritualidade aos que têm crenças religiosas também é essencial para auxiliar no processo adaptativo, tanto na fase aguda de tristeza quanto na posterior, proporcionando maior conforto, confiança, força e esperança no futuro. Ainda, o apego à fé é um apoio para o confronto com a realidade para suportar o longo processo (ROCHA et al., 2012).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar que a mulher seja exposta ao que remete a gestação saudável como fotos, choro e cheiro de bebê, mães com bebê no colo, ausculta de BCF; - Baixar os sons dos sonares e cardiocografia; - Garantir leito isolado destes ruídos; - Não encaminhar a mulher para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA); - O período de Greemberg deve ser feito no mesmo leito; - Quando transferir a paciente de unidade, evitar a 	<p>A perda do bebê intraútero exige internação hospitalar muito difícil e dolorosa, já que a mulher fica em um espaço, muitas vezes, rodeada por gestantes, bebês saudáveis e puérperas. As mulheres enlutadas estão fragilizadas físico-psíquica e emocionalmente, e precisam de atenção especial de toda rede de apoio, tanto profissional quanto de familiares e amigos (NAZARÉ et al., 2010; RYNINKS et al., 2014; LEMOS, CUNHA, 2015). Portanto, a equipe de saúde deve estar atenta e preservar a mulher desta exposição que pode causar ainda mais sofrimento e dificultar seu processo de luto (RYNINKS et al., 2014).</p> <p>Como por exemplo, quando a mulher está em trabalho de parto e parto ouvindo a ausculta de BCF das outras mulheres, ouvindo choro dos bebês na sala de recuperação (SANTOS et al., 2012). Principalmente deve-se evitar que a mulher fique na sala de recuperação, pois as demais puérperas estarão cuidando e amamentando seus bebês, ou seja, a mulher verá no leito ao lado a realidade que pensou viver (LEMOS; CUNHA, 2015). Da mesma forma no andar, a puérpera deverá ser encaminhada pelo 3º andar para não se deparar com o choro, cheiro e fotos de bebês no Alojamento Conjunto (LEMOS; CUNHA, 2015). Deverá também ficar internada no 4ª, em</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
	<p>passagem pelo alojamento conjunto;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não deixar a mulher no mesmo quarto que gestante ou puérpera com bebê; - Conversar sobre a volta para casa e as lembranças que serão encontradas 	<p>quarto que não esteja gestante em internação de alto risco.</p> <p>Antes da alta hospitalar deve haver uma conversa com a mulher e com os familiares sobre os símbolos que vão ser encontrados no seu pós-parto que remetem à gestação, como por exemplo, quando a mulher voltar para casa e deparar-se com a casa preparada para receber o bebê (LEMOS; CUNHA, 2015). Desmontar o “quarto do bebê” é a maneira que muitas mulheres têm para se despedir definitivamente, para outras, não desmontar é a maneira com que têm de vivenciar seu luto, para outras ainda não ver mais nenhum objeto ou foto que remetem a espera do bebê quando chegar é a melhor opção. Por isso a conversa é tão importante para a tomada de decisões, juntamente com a família.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a permanência de 1 acompanhante em todo o período de internação da mulher; - Garantir acomodação para o acompanhante; - Flexibilizar a entrada de visitantes, se for da vontade da mulher; - Controlar a entrada e saída na portaria/EO - Situar os visitantes antes de entrarem no quarto; 	<p>A lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, respalda o direito à gestante de um acompanhante em todo o seu período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A Rede Cegonha reforça esse direito (BRASIL, 2011). A presença de redes de apoio, como a família, os amigos e o companheiro, também é reconhecida como facilitadores do processo de adaptação (RYNINKS et al., 2014).</p> <p>A parturiente deve ser questionada sobre seu desejo de ver mais familiares e amigos (SANTOS et al., 2012). Sua vontade em conversar com o enfermeiro determinará o número de pessoas que podem vê-la. Cada caso deve ser analisado individualmente para melhor auxiliar a mulher em seu processo adaptativo. Flexibilizar a entrada de visitantes, se for da vontade da mulher, torna a assistência humanizada, independente de qual seja o momento que ela esteja da internação. Cabe ao enfermeiro e à mulher avaliarem cada situação (SANTOS et al., 2012). O controle de entrada e saída deve ser feito na portaria da maternidade.</p> <p>Os visitantes e acompanhantes que entrarem devem ser situados de qual é o</p>

CUIDADOS GERAIS QUE PERMEIAM O PROCESSO DO NASCIMENTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
		caso e as condições da parturiente antes de chegarem à mulher. De igual forma com a mulher, a preocupação com ambiência e privacidade e respeito devem ser garantidos, para assim minimizar o choque da notícia. A pesar de haver preocupação com todos os envolvidos, os pais do bebê são o foco do cuidado.
Atendimento psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir encaminhamento psicológico à mulher e família com diagnóstico de FM em todos os momentos; - Compreender a família como sujeitos ativos na situação; 	<p>Devem ser acionados os serviços que possam auxiliar no processo de adaptação da mulher em cada fase do processo de perda e luto do filho através de uma assistência holística, que perpassa a assistência médica. O auxílio psicológico deve acompanhar toda a trajetória da mulher e da família, tanto no hospital quanto em casa após alta (MEDEIROS, LUSTOSA, 2011; SANTO et al., 2012; LEMOS, CUNHA, 2015).</p> <p>Também deve-se orientar os pais sobre permitirem-se receber auxílio de sua rede de apoio, seja da família, de amigos ou profissionais da saúde. As redes sociais em internet e os grupos de perdas na gestação onde os pais compartilham suas perdas e sentimentos proporcionam a criação de vínculo e fortalecimento a estas pessoas.</p> <p>É importante haver o funcionamento do sistema de referência e contra referência para os casos de perda gestacional (LOPES; PINHEIRO, 2013). A unidade hospitalar deve entrar em contato com a Rede Básica de Saúde, em específico a unidade de saúde da mulher e dar os encaminhamentos necessários para garantir o acompanhamento psicológico desta família (LOPES; PINHEIRO, 2013). Neste sentido, também é recomendada a criação de grupos de apoio de perda gestacional no hospital, no Município ou na macro região para melhor lidar com a perda destas famílias.</p> <p>A família da mulher não é apenas coadjuvante. Eles também precisam de suporte e acompanhamento, pois sofrem, cada um de uma forma pela perda do bebê esperado (ROCHA et al., 2012).</p>

4.2.1.2 Cuidados de Enfermagem no Período Pré-Parto no Óbito Fetal

Neste quadro foram elencados os cuidados de enfermagem para cada situação vivenciada no período pré-parto da mulher e família que vivenciam o óbito fetal. Da mesma forma que o quadro anterior, foi elencado as justificativas para cada cuidado de enfermagem.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-PARTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
Suspeita de óbito fetal	- Na realização do cadastramento, encaminhar a demanda de ausência de movimentação fetal diretamente ao enfermeiro;	Assim que a mulher chegar à recepção e realizar seu cadastramento, perguntar qual o motivo de procurar o atendimento. Se houver a queixa de ausência de movimentação fetal, o enfermeiro da ACCR deve ser imediatamente avisado e o atendimento deve ser imediato.
	<ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro deve fazer o atendimento da mulher de forma prioritária; - Chamar a mulher pelo nome; - Acomodar a mulher no consultório de ACCR; - Apresentar-se; - Iniciar a ACCR, avaliando as seguintes informações: <ul style="list-style-type: none"> • Cartão de pré-natal: número de gestações e vias de parto, número de abortos, idade gestacional, tipagem sanguínea; • Entrevista: verificar quais as queixas da mulher, sintomas de urgências obstétricas, estado de consciência, sinais vitais, perdas via vaginal e suas 	<p>O ACCR considera os riscos e a vulnerabilidade, e implica em estar atento sobre a dor física e psíquica também (BRASIL, 2010b). Deve ser feita a avaliação das necessidades de cada gestante, distanciando-se assim, do conceito simplório de triagem (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2014). As justificativas expostas no item “comunicação profissional-mulher, humanização, acolhimento e vínculo profissional-mulher” devem acompanhar todo o atendimento da mulher.</p> <p>Inicialmente a gestante deve ser acomodada em consultório, o enfermeiro deve-se apresentar e explicar que aquela é a Classificação de Risco. A partir disso, deve auscultar o BCF. Em caso de movimentação fetal positiva após estímulo ou BCF positivo, em frequência e ritmo adequado, a classificação de risco deverá ser feita normalmente (BRASIL, 2012a). No atendimento, questionar a quanto</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-PARTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
	<p>características, dor e suas características, tempo de ausência de movimentos do bebê, última ingestão alimentar da mulher, presença de agente agressor, patologias anteriores à gestação e tratamentos, patologias na gestação e tratamentos, alergias, uso de medicamentos, de drogas e álcool.</p> <p>- Exame físico: Altura de fundo uterino para avaliar se adequado com a idade gestacional, tônus uterino, perdas via vaginal e suas características, presença de lesões, estado geral da mulher, perfusão cutânea, sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação e temperatura). Caso necessário, realizar toque vaginal a fim de delimitação da dilatação uterina.</p> <p>- Em caso de BCF positivo e em frequência e ritmo adequados, classificar a mulher normalmente;</p> <p>- Em caso de BCF ausente ou alterações na frequência e ritmo cardíaco fetal, chamar o médico imediatamente para atendimento no próprio consultório de ACCR;</p> <p>- Em caso de suspeita de OF compartilhada entre médico e enfermeiro, agilizar os procedimentos posteriores para confirmação do diagnóstico (USG e/ou cardiotocografia);</p>	<p>tempo não percebe os movimentos do bebê e sua última ingestão alimentar. Se mesmo com BCF presentes não houver Movimentação Fetal (MF), a mulher deve ser classificada na cor laranja, que prevê 10 minutos máximos para atendimento médico.</p> <p>Caso não haja MF e BCF, deve-se acionar o médico imediatamente. O médico deve iniciar as primeiras avaliações no próprio consultório. Enquanto isso, o enfermeiro deve dar continuidade à classificação, registrar as queixas da mulher que correspondem à avaliação subjetiva e a parte objetiva será obtida através do exame físico e do cartão e exames de pré-natal, caso houver.</p> <p>O exame físico minucioso da mulher deve ser realizado para avaliar as condições de chegada desta mulher, detectar possíveis intercorrências precocemente e avaliar o início e/ou progresso do trabalho de parto (SMS/RJ, 2013).</p>
		<p>A mulher deve ser orientada sobre a negativa de ausculta de BCF tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro.</p> <p>Ver item: comunicação profissional-mulher</p> <p>O serviço de USG deve ser acionado o mais rapidamente</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-PARTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar e retornar com a mulher para o setor USG pelo 3º andar; - Permitir que o acompanhante esteja junto na realização do exame 	<p>possível e a mulher deve ser encaminhada para o referido exame pelo 3º andar, a fim de evitar que a mãe seja deparada com lembranças que remetem ao bebê. Choros de bebê, cheiro de bebê, espera do USG com outras gestantes pode tornar esta espera ainda mais difícil (LEMONS; CUNHA, 2015).</p> <p>A mulher deve ser acompanhada em todo o processo por um profissional de enfermagem, desde a espera até a realização do exame, juntamente com seu acompanhante.</p>
Confirmação do diagnóstico de OF	- Ao retornar à EO, acomodar a mulher em consultório médico para transmissão da notícia e condutas posteriores;	<p>Ver item: Humanização do Cuidado</p> <p>Estar em local adequado para transmissão da notícia, para o trabalho de parto e parto, e puerpério.</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-PARTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar o diagnóstico de óbito fetal em equipe multiprofissional. - Orientar a mulher sobre a indução do trabalho de parto, realização de exames complementares e investigação de possíveis causas; 	<p>Ao confirmar o diagnóstico, ver cuidados de enfermagem em: “Comunicação profissional-mulher”.</p> <p>Na perda gestacional, se a mulher não entrou espontaneamente em trabalho de parto, há indicação de indução, a menos que haja necessidade de interrupção imediata como, por exemplo, nos casos de DPP e DHEG (BRASIL, 2010b). Quando não há urgência, não há evidências que demonstrem benefício ou risco nesta intervenção quando feita logo após o diagnóstico ou quando adotada a conduta expectante, sendo mais relevantes as questões emocionais e psicológicas de cada mulher. “É um equívoco assumir que todas as mulheres desejam iniciar a indução o mais rápido possível” (BRASIL, 2010a, p. 104).</p> <p>Muitas mulheres não acreditam no diagnóstico e procuram outros serviços de saúde. Outras preferem esperar um tempo para poderem se despedir do bebê em sua barriga e aceitar a nova realidade. Como já mencionado, o tempo de acolhida e o respeito às decisões da mulher são fundamentais no processo de perda e luto e vinculação profissional-mulher. O parto pode significar o primeiro contato real com o bebê e também a despedida do filho amado. Por outro lado, algumas mulheres questionam a possibilidade da realização de cesariana com intuito de acabar logo com o sofrimento.</p> <p>A conversa clara, explicativa e humanizada fornece aos familiares as informações necessárias para melhor conduta naquele momento. As orientações sobre as possibilidades deverão partir da equipe de saúde, mas as decisões deverão partir da mulher, com apoio de sua família. Desta forma, os</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-PARTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
		<p>sentimentos de “raiva, de suspeita, de insuficiência, de impotência e de culpa” podem ser minimizados (BRASIL, 2010a, p. 104).</p> <p>Por outro lado, a conduta ativa pode ajudar mais facilmente no diagnóstico após morte de suas causas pela ausência de maceração. Informar a mulher sobre o Serviço de Verificação de Óbito como são os tramites para isso ajudará em sua decisão sobre a investigação pós parto ou não. Da mesma forma deve-se proceder com a coleta de exames na mulher, que deve ser a partir do cartão de pré-natal, do histórico e dos dados clínicos de cada caso.</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-PARTO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
	<ul style="list-style-type: none"> - Admitir a mulher para internação do Centro Obstétrico (CO); - Auxiliar na retirada das roupas da mulher; - Pedir para que a mulher retire próteses e qualquer material metálico que esteja usando;⁶ - Colocar a camisola da maternidade e roupão, se necessário; - Colocar forro perineal, se necessário; - Preencher o histórico e o relatório de enfermagem; - Passar plantão para o enfermeiro do CO; - Encaminhar a mulher ao CO preocupando-se com sua privacidade e com a acomodação para o acompanhante; 	<p>Após conversa com a equipe, caso a mulher decida pela internação, ela deverá ser admitida para internação no Centro Obstétrico. Deverá retirar toda sua vestimenta da mulher colocar vestir a camisola da maternidade, com roupão se for da vontade da mulher e em caso de cirurgia, a vestimenta auxilia o posicionamento da mulher no processo anestésico e cirúrgico (AMANTE et al., 2016). Retirar acessórios e joias para evitar queimaduras originadas pelo bisturi em caso de cesariana. As autoras ainda falam sobre a prótese dentária, que deve ser retirada para evitar bloqueamento das vias aéreas e dificultar uma intubação, caso necessário.</p> <p>O forro perineal será utilizado em caso de perdas via vaginal para o seu controle e higiene, e deverá ser trocado sempre que necessário (CALDEIRA et al., 2011).</p> <p>O histórico de enfermagem preenchido para todas as parturientes também deve ser aplicado às mulheres que passam pela perda gestacional, uma vez que as informações de seu pré-natal, histórico, queixas, exames laboratoriais e exame físico são primordiais para a assistência médica e de enfermagem (CALDEIRA et al., 2011).</p> <p>O plantão deve ser passado ao enfermeiro do CO antes de encaminhar a mulher. Preocupar-se com seu leito pronto e com a acomodação para o acompanhante auxiliam na acolhida e na humanização do cuidado (BRASIL, 2010a).</p>

⁶ O cuidado para a retirada de prótese dentária foi incluído neste Plano de cuidados por ser uma rotina da instituição onde foi desenvolvida a pesquisa, porém deve-se avaliar a necessidade de tal conduta para evitar o constrangimento da mulher que já está fragilizada com toda situação.

4.2.1.3 Cuidados de Enfermagem no Trabalho de Parto, Parto e Puerpério Imediato no Óbito Fetal

Neste quadro foram elencados os cuidados direcionados ao período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato e ao lado foram expostas as justificativas para os cuidados.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
- Garantir assistência humanizada ao trabalho de parto, parto e pós-parto.	<ul style="list-style-type: none"> - Receber o plantão; - Apresentar-se; - Garantir espaço PPP para a mulher; - Garantir acomodação para o acompanhante; - Receber e acomodar a mulher no leito; - Orientar sobre as normas e rotinas de indução do trabalho de parto e parto - Esclarecer dúvidas e comunicar alterações - Preencher/conferir histórico e relatório de enfermagem; - Fazer anamnese e exame físico; 	<p>Ver os itens: humanização do cuidado e comunicação profissional-mulher.</p> <p>O diálogo entre os profissionais e a parturiente será companheiro da internação da parturiente. O espaço Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP) garante à mulher mais comodidade e essa preocupação auxilia no processo de adaptação ao ambiente, conforto e privacidade. O nascimento pode ocorrer no mesmo local onde a parturiente esteve durante o trabalho de parto, sem ter que se descolar no período expulsivo para outra sala. A privacidade da mulher deve ser garantida a fim de preservá-la de estímulos que remetem a gestação e puerpério saudáveis (SANTOS et al., 2012). A anamnese e o exame físico, o preenchimento do histórico de enfermagem da instituição são fundamentais para o Processo de Enfermagem e garante o melhor conhecimento sobre a gestante, sua família e o contexto em que vivem. Além disso, garantem uma assistência individualizada, humanizada e holística (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a DU na admissão e a cada 3 horas ou em caso de dinâmica uterina e sangramento vaginal alterados; 	<p>A dinâmica uterina é verificada a cada três horas com intuito de verificar a evolução do trabalho de parto e a normalidade da contratilidade uterina (CALDEIRA et al., 2011). Caso esteja menor que o esperado, a conduta ativa pode auxiliar e caso esteja aumentada, deve haver controle mais rigoroso com observação</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Verificar sinais vitais na admissão, a cada 8 horas ou em caso de alteração;- Verificar sinais e sintomas de urgência obstétrica; <ul style="list-style-type: none">- Acompanhar o trabalho de parto;- Proporcionar conforto e segurança;- Estimular a adoção de conduta ativa;- Manter a higiene da mulher; <p>Utilizar as boas práticas em obstetrícia:</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor;- Orientar sobre a duração e a condução do trabalho de parto e parto;	<p>dos demais sinais de urgência obstétrica.</p> <p>Os sinais vitais são verificados a cada 3 horas para controle da vitalidade da mãe. Caso haja alteração de algum deles, deverá ser comunicado à equipe de saúde. Da mesma forma, os cuidados deverão estar atentos a sinais de urgência como dinâmica uterina e/ou sangramento uterino aumentado, alteração dos sinais vitais, alteração do nível de consciência, entre outros, e assim direcionar melhor as condutas, como medicamentos, exames, procedimentos ou cuidados específicos, até mesmo a interrupção cirúrgica da gestação (CALDEIRA et al., 2011).</p> <p>A orientação sobre o trabalho de parto e o preparo psicológico da mãe é o principal método não farmacológico para alívio da dor. A mulher esclarecida e empoderada poderá compartilhar das condutas e ter controle sobre seu corpo (OREANO et al., 2014). Os demais métodos não invasivos para alívio da dor como permitir a deambulação, os exercícios respiratórios, o uso da bola, do “cavalinho”, do “banquinho”, a estimulação elétrica transcutânea, o banho terapêutico, as massagens, as técnicas de relaxamento utilizados no trabalho de parto e parto minimizam as dores e auxiliam na evolução do trabalho de parto (OMS, 1996; CALDEIRA et. al. 2011; OREANO et al., 2014) e da mesma forma eles podem ser utilizados para o trabalho de parto de um feto morto. A não vitalidade do feto não restringe a mulher ao leito, tão pouco a impede de sentir menos dor física neste processo tão difícil. Pelo contrário, os métodos não farmacológicos para alívio da dor podem auxiliar nesta tortuosa trajetória.</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar partograma; - Não restringir a dieta da mulher; - Estimular a livre escolha de posição para o parto; 	<p>O partograma é a representação em gráfico do trabalho de parto e sua utilização orienta seu monitoramento cauteloso, e o instrumento tornou-se obrigatório a partir de 1994 (OMS 1996; CALDEIRA et. al. 2011).</p> <p>Devem ser oferecidas dietas via oral durante o trabalho de parto e parto, sem restrições (SINGATA, TRANMER, GYTE, 2010; CALDEIRA et al. 2011).</p> <p>A livre escolha da posição de parto também deve ser informada à parturiente, estimulando posições não supinas (OMS, 1996; CALDEIRA et al. 2011; OREANO et al., 2014). É importante que a mulher seja esclarecida sobre estes métodos e respeitada quanto a sua vontade de fazê-los (OREANO et al., 2014).</p>
	<p>Em caso de cesariana:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acionar anestesista; - Verificar período de jejum pré-operatório, se possível; - Orientar a mulher e familiares; - Preparar a mulher: acesso venoso periférico, tricotomia e esvaziamento da bexiga vesical, se necessário; - Realizar sondagem vesical de demora conforme prescrição médica e necessidade de cada caso; 	<p>O anestesista deve ser acionado a fim de agilizar os procedimentos.</p> <p>O período de jejum deve ser verificado em todo procedimento cirúrgico. Tem por objetivo diminuir o risco de regurgitação do conteúdo gástrico e de broncoaspiração durante ou após a cirurgia. Não há um consenso sobre o tempo de jejum (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016).</p> <p>A mulher deve ser orientada sobre todos os procedimentos a serem realizados, para compreender o processo que está vivenciando e auxiliar no enfrentamento e adaptação da perda. A OMS (1996) recomenda o menor nível de intervenção compatível com a segurança. O acesso venoso deve ser puncionado apenas se for necessário, como em caso de sangramento vaginal intenso de difícil controle, para hidratação, reposição de eletrólitos, hemoterapia, para alguma medicação intravenosa ou procedimento cirúrgico (SES/MG, 2011) Além disso, a tricotomia deve ser evitada (OMS, 1996) e apenas ser realizada se for necessária e</p>

	<p>- Encaminhar a mulher ao Centro Cirúrgico (CC);</p>	<p>imediatamente antes da cesariana, com aparelho elétrico e descartável a fim de evitar contaminação e porta de entrada para microrganismos (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016). Os autores ainda falam sobre esvaziamento vesical, que deve ser realizado apenas se necessário, imediatamente ou uma hora antes do procedimento cirúrgico a fim de evitar distensão vesical.</p> <p>A mulher deve ser encaminhada ao CC com os cuidados pré-operatórios necessários, de acordo com cada caso.</p>
	<p>- Orientar sobre o Sistema de Verificação de Óbito (SVO) e condutas pós-morte;</p>	<p>Os familiares devem ser orientados sobre o Serviço de Verificação de Óbito anteriormente ao parto. Muitos pais na hora dessa orientação se recusam, mas mudam de ideia depois (BRASIL, 2010a). Referem que deveriam ser orientados sobre o que deveriam fazer e não apenas questionados sobre sua opinião. Na hora em que receberam a notícia existe um turbilhão de sentimentos como tristeza, indecisões, confusão, medo, ou seja, muitos que causam sofrimento e alteram a capacidade cognitiva no momento (MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).</p> <p>As condutas após o nascimento de velar e enterrar o corpo do bebê vão de acordo com cada orientação espiritual e religiosa de cada mulher. Sua opinião deverá ser respeitada.</p>
	<p>- Acionar Serviço Social caso necessário;</p>	<p>Entrar em contato com o serviço funerário e os tramites devem ser feitos após e às vezes pelo Serviço Social do Hospital.</p>

	<p>Após o parto ou cesárea, cuidados com a mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar ocitocina 10 UI intramuscular logo após o nascimento ou EV, em caso de cesariana; <p>- Oferecer contato com o bebê;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clampear o cordão; - Observar e registrar o tônus uterino, a dequitação, alterações da placenta; - Observar e registrar sinais e sintomas de urgência, de estado de 	<p>A ocitocina Intra muscular (IM) em caso de parto normal deve ser feita imediatamente após o nascimento, ou então EV caso a mulher seja submetida a cesariana, a fim de auxiliar na contratilidade uterina e evitar hemorragia puerperal (SMS/RJ, 2013). Apesar da instituição ter como norma, a OMS (1996) contraindica o seu uso rotineiro de ocitocina, e orienta que sua administração deve ser feita no trabalho de parto disfuncional, nas parturientes com risco de hemorragia puerperal na terceira fase do trabalho de parto, para correção da DU, ou em parturientes com risco por pequena perda sanguínea.</p> <p>O contato com o bebê, seja visual ou físico, deve ser estimulado para auxiliar no processo de aceitação da nova realidade. Mesmo que haja maceração, e preferível que os familiares vejam o bebê, uma vez que a deformidade imaginada pode causar um impacto negativo maior do que a visualização da anomalia real, sem deixar de preparar os pais (SANTOS et al., 2012). Não são raros os casos das mulheres que acreditam até o nascimento que pode estar havendo engano da equipe de saúde e que seu filho nascerá vivo. Ver e tocar o bebê permite a mulher despedir-se da projeção idealizada do bebê durante a gestação e aproximar-se da realidade (SANTOS et al., 2012). Também permite a ela uma sensação de pertencimento, de que o filho é realmente seu (SANTOS et al., 2012).</p> <p>Após o nascimento, o cordão umbilical deve ser clampeado e cortado.</p> <p>A dequitação deve ser registrada e devem ser verificados os sinais vitais e os sinais de risco em todo o período de Greemberg, caracterizado pela primeira hora após a dequitação, para</p>
--	---	---

	<p>consciência, e sinais de choque hipovolêmico e tomadas as medidas necessárias para estabilização da mulher.</p> <p>No período de Greemberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar rigorosamente a quantidade e características dos lóquios, altura de fundo uterino (AFU) e involução uterina; - Aferir sinais vitais da mãe logo após a dequitação e a cada 30 minutos; - Observar sinais de risco obstétrico; - A recuperação após o parto deve ser no próprio leito ou, apenas em caso de cesariana, deve ser feita na Sala de Recuperação Pós-anestésica; <p>Na SRPA após cesárea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Receber o plantão da equipe do CC; - Observar níveis de consciência, permeabilidade de vias aéreas e fluidoterapia, sinais vitais, administração de líquidos e sangue; - Na primeira hora pós-parto, verificar os sinais vitais a cada 15 minutos, e nas horas subsequentes a cada 30 minutos; - Manter a mulher aquecida e informada; - Observar características do curativo, 	<p>acompanhar a evolução do quadro clínico da mulher e detectar precocemente qualquer alteração (CALDEIRA et al., 2011).</p> <p>Apesar de ter sido recomendado o não encaminhamento desta mulher à SRPA, após a cesariana ainda é rotina na instituição, monitorar e acompanhar o pós-operatório nesta sala. A monitorização dos sinais vitais, do nível de consciência e da permeabilidade das vias aéreas da mulher deve ser feita rigorosamente no período pós operatório para que seja possível o acompanhamento da estabilização da mulher ou da intervenção em caso de urgência (AMANTE et al., 2016). Da mesma forma, a mulher deve ser mantida aquecida, e avaliada sua involução uterina e os lóquios (CALDEIRA et al., 2011).</p>
--	---	---

	<p>Lóquios, AFU, involução e contratilidade uterina;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e registrar atividade muscular de membros inferiores; - Observar sinais de urgência. <p>Cuidados com o bebê:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular os pais a escolherem uma roupa para o bebê, caso queiram; - Estimular os pais a arrumar o bebê (secar, enrolar, colocar touca, fralda, cobertor, pulseira da maternidade sem número e roupa caso houver), caso queiram; - Manter o bebê em berço aquecido caso a mulher se recuse a ver inicialmente; - Guardar lembranças do bebê; 	<p>É importante orientar antes do nascimento que é possível ver, tocar, pegar e vestir seu bebê (RYNINKS et al., 2014). A notícia quando é dada após o parto tem pouco tempo para ser analisada e pode soar com estranheza. Após um tempo, a notícia é acolhida como a oportunidade para concretizar a maternidade e despedir-se do bebê. Neste momento deve ser respeitado o tempo que os pais desejarem a sós com o bebê.</p> <p>Caso a mãe não queira ter contato com seu filho naquele momento, o bebê deve ser levado ao berço aquecido na tentativa de manter a temperatura do corpo (RYNINKS et al., 2014). A mulher deve ser estimulada a guardar lembranças do bebê que podem auxiliar no processo de aceitação, na concretização do filho e na futura despedida (KÜBLER-ROSS, 2005; ROMAN, 2012; RYNINKS et al., 2014). Os pais podem não querer estas recordações momentaneamente, mas alguns retornam em busca dos registros (BRASIL, 2010a). Guardar uma mecha do cabelo, a marca do pé do bebê como um carimbo, fotos de partes do bebê como da boca, das mãos e pés podem tornar o bebê mais palpável mesmo para os que não aceitaram ver e pegar (BRASIL, 2010a; HOCHBERG, 2011; ROMAN, 2012).</p>
--	---	--

	<p>Se o natimorto pesar menos que 500 gramas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acondicionar em frasco e imergir em formaldeído 10% junto com a placenta; <p>Se o natimorto pesar mais que 500 gramas e com Declaração de Óbito (DO):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar o preenchimento DO; - Acomodar o corpo do bebê em recipiente disponibilizado pela instituição com o aviso de saída e Ficha de Identificação do Corpo ao necrotério; - Encaminhar a DO ao registro. <p>Se o natimorto pesar mais que 500 gramas e sem DO: O corpo será encaminhado para o SVO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar o preenchimento da solicitação de SVO; - Acomodar o corpo do bebê em recipiente disponibilizado pela instituição e a placenta completamente imersa em formaldeído 10% com o aviso de saída e Ficha de Identificação do Corpo ao necrotério. 	<p>O bebê natimorto deve ser colocado em recipiente adequado e coberto com formol a fim de preservar o material e encaminhá-lo para o setor de anatomopatológico e exames histológicos (WOLFF et al, 2012).</p> <p>Caso seja descartada a possibilidade do aborto, e neste caso, pode haver o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) pelo profissional médico (ELLINGER; BEZERRA, 2011). Cabe a enfermagem verificar o correto preenchimento dos dados para evitar entraves futuros e informar ao serviço social que é responsável na instituição pelos encaminhamentos posteriores com a família. A DO deve ser encaminhada ao setor de Serviço Social a fim de oficializar a comunicação e devem ser preenchidos três avisos de saída da unidade: um para o corpo, um para o prontuário e o outro para o setor de prontuários do hospital a fim de registrar o ocorrido, juntamente com a Declaração de Óbito.</p> <p>Da mesma forma que outros partos, este deve ser registrado no livro de partos do Centro Obstétrico.</p> <p>A ficha de investigação epidemiológica deve ser preenchida para buscas futuras (BRASIL, 2009).</p> <p>Caso não seja emitida Declaração de Óbito, o corpo deverá ser encaminhado ao serviço de verificação de óbito, para ser investigada as causas do óbito.</p>
--	---	--

	<p>Nos dois casos, deve-se:</p> <ul style="list-style-type: none">- Informar a ocorrência ao registro;- Preencher Comunicação Interna (CI) para o Serviço Social de encaminhamento do Feto Morto (FM);- Preencher três vias de aviso de saída: uma para a caixa com o corpo, uma para o prontuário e outra para o registro do CO;- Registrar o parto no livro de registros de parto e de FM do CO;- Preencher o formulário de Investigação Epidemiológica; <p>Em todos os casos, é necessário protocolar todos os encaminhamentos de documentação.</p> <p>Alta do CO e transferência para o 4ªA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Verificar prescrição de alta do CO e medicações necessárias;- Atentar para a presença de medicação inibidora de lactação;- Checar medicações e procedimentos realizados;- Confirmar vaga para a mulher;- Organizar a mulher antes da passagem do plantão, prestar os cuidados necessário como: higiene da mulher, fluidoterapia identificada e rótulo de soro, prontuário com	<p>Todos os documentos entregues devem ser protocolados a fim de organizar os encaminhamentos.</p> <p>O prontuário da mulher deve estar completo e as medicações encaminhadas junto com o prontuário no momento da alta do CO. A medicação inibidora da lactação deve estar na prescrição médica a fim de evitar problemas referentes a produção láctea pós-parto (MEIRA, IBARRA, SANTOS, 2008). A passagem de plantão deve ser feita com a mulher estável, em boas condições de higiene, com o prontuário e exames completos, a fim de permitir uma qualidade na assistência de enfermagem (AMANTE et al., 2016).</p>
--	--	--

	<p>tipagem sanguínea e teste rápido de sífilis, e se necessário de HIV, Hepatites B e C da mãe, folha de controle de pós-operatório;</p> <ul style="list-style-type: none">- Acomodar a mulher em cadeira de rodas ou maca conforme o caso;- Passar o plantão.	
--	---	--

4.2.1.4 Cuidados de Enfermagem no Puerpério Mediato no Óbito Fetal

Neste quadro foram expostos os cuidados de enfermagem no período de puerpério intrahospitalar com suas respectivas justificativas.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO MEDIATO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
Recepção da mulher na unidade; Acompanhamento da mulher durante a internação;	<ul style="list-style-type: none"> - Receber o plantão; - Acomodar a mulher; - Orientar sobre normas e rotinas da unidade; - Esclarecer dúvidas e questionamentos; - Registrar as queixas da mulher; - Avaliar os sinais vitais a cada 8 horas e se necessário; - Avaliar estado geral da mulher e necessidades; - Avaliar contratilidade uterina, AFU e lóquios - Avaliar períneo em caso de parto normal ou ferida operatória em caso de cesariana; - Avaliar eliminações; - Auxiliar na mobilidade da mulher - Realizar exame físico e registros de enfermagem. 	<p>O plantão deve ser informado por telefone. Assim que a mulher chegar, deve-se acomodá-la, orientar as normas e rotinas da unidade como acompanhante, visitas, refeições, medicações, etc. Todas as suas dúvidas e questionamentos devem ser sanados, com o intuito de realizar o acolhimento adequado da mulher.</p> <p>Da mesma forma que no CO, deve ser feita a anamnese, o exame físico e registrar no prontuário.</p> <p>Os sinais vitais da mulher devem ser verificados a fim de observar sua estabilidade hemodinâmica (AMANTE; SENA; RUMOR, 2016).</p> <p>Os lóquios, AFU, a contratilidade uterina e a involução uterina devem ser rigorosamente avaliadas a fim de observar sinais de urgência no período puerperal como atonia uterina, por exemplo (CALDEIRA et al., 2011).</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO MEDIATO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
Questões sobre a lactação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as mamas e produção láctea; - Conversar sobre os sentimentos da mulher relacionados a inibição da lactação; - Garantir que a mulher receba inibidor de lactação, Dostinex®, se assim for sua vontade; - Orientar sobre as demais medidas inibidoras da lactação, como: diminuição da ingesta hídrica, manter os seios firmes com sutiã firme e evitar que a água quente caia nos seios durante o banho, aplicar compressas frias, - Orientar sobre os sinais de ingurgitamento mamário e a retornar ao hospital se necessário; 	<p>Ter as mamas cheias, mas não ter bebê nos braços pode ser uma dor de difícil mensuração. Após o nascimento do bebê, tenta-se ao máximo inibir a lactação da puérpera, porém deve ser questionada a mulher como ela se sente em relação a isso. Pode ser de sua vontade doar leite e desta forma o processo de morte e morrer de seu filho pode ser melhor vivenciado. Para outras mulheres, inibir a lactação e de certa forma deixar para trás o que foi vivido é a melhor forma de enfrentar.</p> <p>Cada indivíduo tem uma forma de enfrentar e superar suas perdas e cabe a ele decidir como vivencia esse processo, desde que bem informado dos métodos e de suas necessidades. A inibição da lactação deve ser oferecida e garantida, caso a mulher aceite (MEIRA; IBARRA; SANTOS, 2008). Além disso, também devem ser orientadas as demais técnicas não farmacológicas para inibição.</p> <p>A puérpera deve ser orientada também que após a alta hospitalar em caso de dor, calor, rubor e tumefação da mama e/ou febre deve retornar ao hospital, pois são sinais de ingurgitamento mamário. Neste caso, a medicação deve ser utilizada e de acordo com cada caso, o uso de antibiótico e o esvaziamento da mama estão indicados. O enfaixamento das mamas é um método já em desuso, porém ainda aplicado em casos de mulher com grande produção láctea (MEIRA; IBARRA; SANTOS, 2008).</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO MEDIATO NO ÓBITO FETAL		
SITUAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	JUSTIFICATIVA
Referência e Contra-referência	- Entrar em contato com a Rede de Atenção Básica do município da mulher para garantir continuidade do atendimento;	Para garantir a continuidade do cuidado, deve haver uma articulação com a rede de saúde básica para pactuação dos encaminhamentos e acompanhamento da atenção (BRASIL, 2010b; LOPES, PINHEIRO, 2013). Além disso, é importante que a mulher receba na consulta pós-parto, na Atenção Básica, informações relativas ao planejamento familiar. Cabe ao casal enlutado pensar na possibilidade de voltar ou não a conceber outro filho, e quando pretendem. A enfermagem pode promover melhor enfrentamento e adaptação do casal à perda promovendo a escuta atenta dos sentimentos do casal, orientado sobre as redes de apoio e aumentando as chances de acolhimento sobre a possibilidade de uma nova concepção (MOORE; PARRISH; BLACK, 2011).
	- Garantir encaminhado psicológico à mulher e família;	Ver item “Humanização do cuidado”. É fundamental para a elaboração do processo de morte e morrer que a mulher tenha acompanhamento psicológico posterior a alta hospitalar (RYNINKS et al., 2014).
	- Criar ou referenciar as mulheres a grupos de apoio no hospital, na região e/ou nas redes sociais;	Grupos de apoio podem ser espaços para encontros e trocas de experiências onde os participantes podem compartilhar suas dificuldades (CARVALHO, MEYER, 2009; BRASIL, 2010b). Oishi (2014) ressalta que grupos de apoio permitem que os pais enlutados encontrem o reconhecimento das experiências, também vivenciadas por outros pais. Conhecem pessoas que passaram pelo mesmo problema, ou situação semelhante.

Além dos cuidados de enfermagem, nas rodas de conversa também foram elencadas algumas recomendações para os gestores da instituição, que não estão ao alcance da equipe de enfermagem assistencial, mas que são fundamentais para a qualidade da assistência a este público alvo. A garantia de cobertura da equipe de enfermagem completa, com enfermeiro 24 horas em todas as unidades. Na emergência obstétrica, garantir um enfermeiro generalista para ACCR juntamente com um enfermeiro obstetra para assistência de enfermagem, que seja também o apoio do primeiro, sendo estas demandas de recursos humanos fundamentais para a qualidade da assistência de enfermagem.

Para finalizar, as duas principais recomendações que foram fortemente discutidas, são a necessidade de uma equipe de enfermagem específica para realização dos cuidados a esta mulher e as falhas no preparo da equipe de enfermagem para lidar com o processo de perda gestacional, que corroboram com estudos atuais sobre a temática (PANEQUE, 2011; SMART, SMUTH, 2013; LEYLAND, 2013; STEEN, 2015). A destinação de um grupo específico aos cuidados de enfermagem às mulheres que vivenciam o óbito fetal torna o atendimento direcionado, individualizado e minimiza o sofrimento de todos os envolvidos (SMART; SMUTH, 2013). Esta personalização da assistência permite que o processo de morte e morrer seja melhor elaborado pelos profissionais e pela família.

A formação dos profissionais da área da saúde, não é contemplada com a aprendizagem sobre o processo de morte e morrer com abordagem biopsicossocial e espiritual, e acaba sendo limitada aos processos de diagnósticos e tratamentos medicamentosos (STEEN, 2015; ROCHA, et al. 2016). Para o fortalecimento profissional a partir da qualificação, os temas sugeridos para abordagem em educação permanente e/ou rodas de conversa foram: a abordagem da mulher, acolhimento, humanização, comunicação profissional-mulher, comunicação de más-notícias na maternidade, processo de perda/de morte e morrer na maternidade, como auxiliar no processo de adaptação da mulher, como conduzir o trabalho de parto, parto e pós-parto da mulher que passa pelo óbito fetal, utilização das boas práticas no trabalho de parto, parto e pós-parto, como lidar com o puerpério sem o recém-nascido e como lidar com a questão da lactação (LEYLAND, 2013; SMART, SMUTH, 2013; RYNINKS, 2014; STEEN, 2015).

A discussão em grupo sobre estes temas pode auxiliar no processo de interiorização da temática. Na assistência à perda gestacional, ao lidar com esses sentimentos vindos à tona pela trágica

notícia que aproxima o nascimento à morte, os profissionais envolvidos também abalados por suas emoções remexidas, têm inseguranças e conflitos entre o ser pessoa e o ser profissional (LEYLAND, 2013). A dificuldade dos enfermeiros em lidar com as perdas e em expressarem os próprios sentimentos referentes àquela situação vivenciada frente à mulher e seus familiares podem ser interpretadas como banalização e egoísmo, parecendo ser apenas um profissional lidando com um procedimento de enfermagem e não um ser que é dotado de compaixão (STEEN, 2015; LEMOS, CUNHA, 2015).

Parte dessa forma de enfrentamento está ligada às vivências e cultura de cada indivíduo, seja ele o enfermeiro, a mulher ou familiares que passam pelo processo de perda em obstetrícia. Sua história pessoal, a formação acadêmica, além das próprias concepções de vida, morte e finitude, influenciam na consciência de que cada ser é participante ativo do seu desenvolvimento da aceitação e do lidar com esta questão. Portanto, discutir a forma com que as dificuldades e a morte são encaradas na maternidade e refletem na assistência, é fundamental para aperfeiçoar os cuidados de enfermagem e fortalecer o grupo enquanto equipe.

4.2.2 Fluxogramas de atendimento à mulher com diagnóstico de óbito fetal em âmbito hospitalar

Durante o I Ciclo de Educação Permanente foram construídos fluxogramas referentes ao atendimento da mulher no HRSJ, desde o surgimento da demanda e procura de atendimento médico, o diagnóstico de óbito fetal, a internação, até a alta hospitalar e a volta para casa.

A seguir foram apresentados sete fluxogramas referentes aos cuidados de enfermagem: o primeiro onde é possível visualizar todo o trajeto da mulher durante o seu atendimento (Figura 1); o segundo, foi o fluxo de cuidados no período pré parto no óbito fetal (Figura 2); o terceiro, foi o fluxograma de cuidados no período pré parto e parto (Figura 3); o quarto, foi o fluxograma de cuidados no puerpério imediato (Figura 4); o quinto, foi o fluxograma de cuidados com o natimorto (Figura 5); o sexto, foi o fluxograma de cuidados para alta do CO e transferência para o 4ºA (Figura 6) e; o sétimo, foi o fluxograma de cuidados no puerpério mediato (Figura 7).

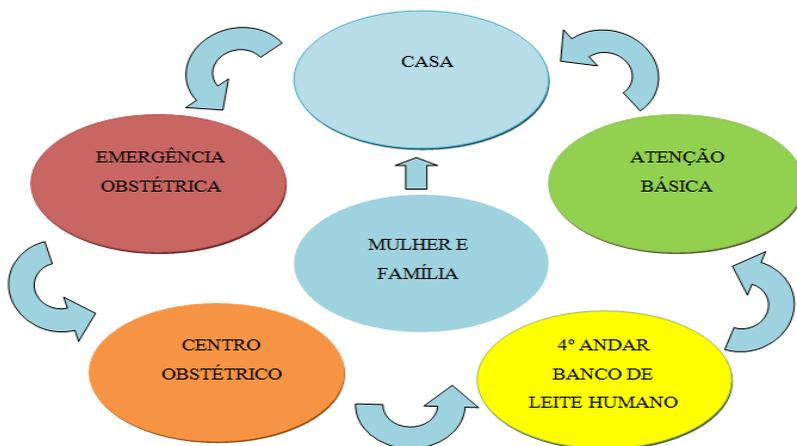
Ainda neste item foram apresentados dois organogramas relativos aos cuidados comuns à todas as unidades da maternidade que recebem a mulher com diagnóstico de óbito fetal e apresentam informações

relativas à comunicação profissional-mulher (Figura 8) e à humanização do cuidado/acolhimento/vínculo (Figura 9).

4.2.2.1 Fluxograma relativo ao itinerário da mulher com óbito fetal

Nesta figura foi apresentado o itinerário da mulher e sua família com a demanda de óbito fetal durante todo o processo entre a suspeita, a confirmação e as condutas hospitalares posteriores. A mulher apresenta queixa de ausência de movimentação fetal e procura atendimento, onde é investigada a possibilidade de óbito fetal, e geralmente, o diagnóstico é feito na EO. Na maternidade é realizada sua admissão e após ela é encaminhada para o Centro Obstétrico para indução do trabalho de parto e parto ou cesariana. O puerpério imediato acontece no 4ºA e quando em condições adequadas recebe alta hospitalar, devendo ser encaminhada à rede de atenção básica de seu município de residência.

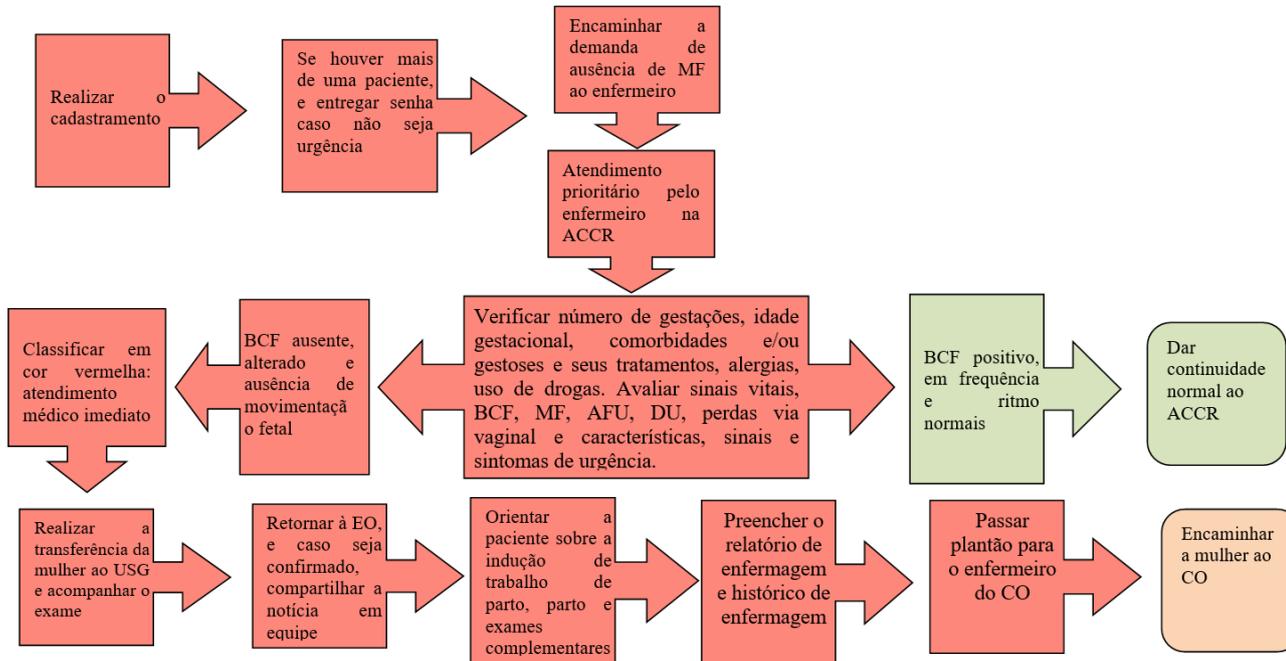
Figura 1 - Itinerário da mulher com óbito fetal



4.2.2.2 Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal no período pré-parto

Este fluxograma apresenta os cuidados necessários na Emergência Obstétrica em todo o período que antecede o trabalho de parto. A paciente deve ser recepcionada, acolhida e sua demanda deve receber escuta qualificada e resolutiva desde a Classificação de Risco e suspeita do óbito fetal, até a transferência da mulher para confirmação do diagnóstico e o seu encaminhamento ao Centro Obstétrico.

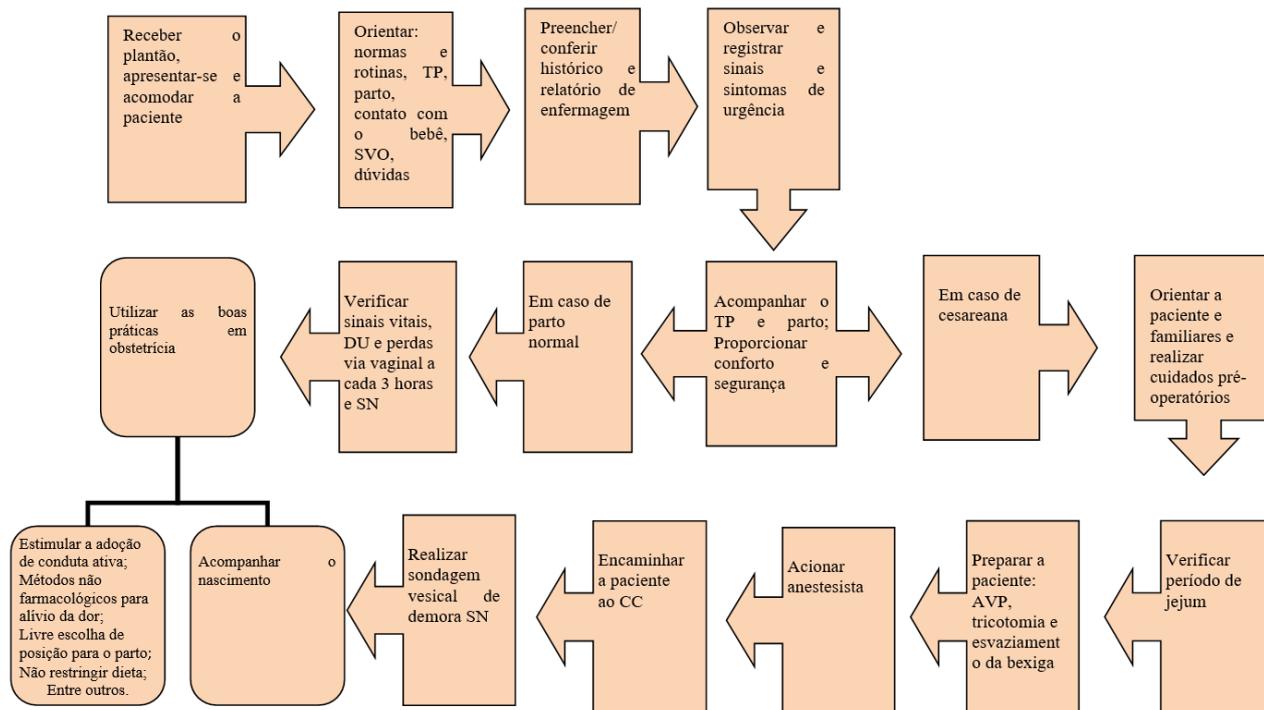
Figura 2 - Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal no período pré-parto



4.2.2.3 Fluxograma de cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal no período trabalho de parto e parto

Neste fluxograma estão organizados os cuidados realizados com a mulher no Centro Obstétrico.

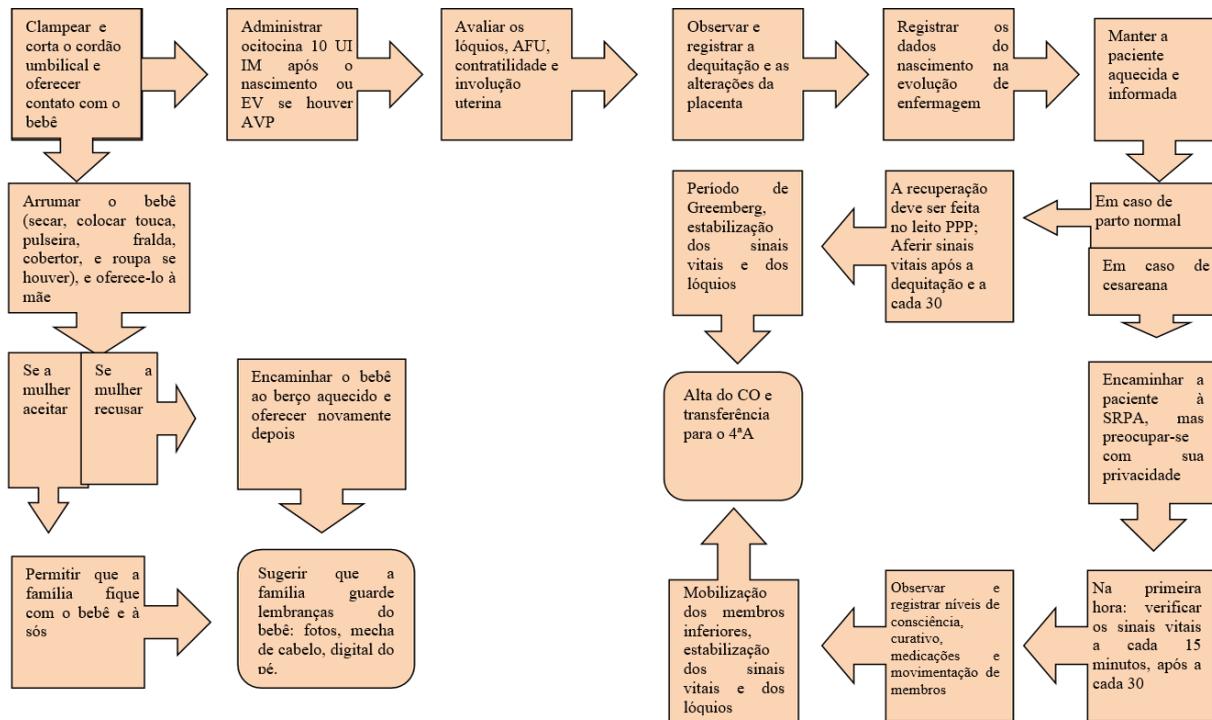
Figura 3 - Fluxograma de cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal no período trabalho de parto e parto



4.2.2.4 Figura 4 - Fluxograma de cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal - período puerpério imediato

Este fluxograma dá continuidade aos cuidados de enfermagem no Centro Obstétrico referentes ao período de Greemberg à mulher e ao natimorto desde o nascimento até o preparo do corpo.

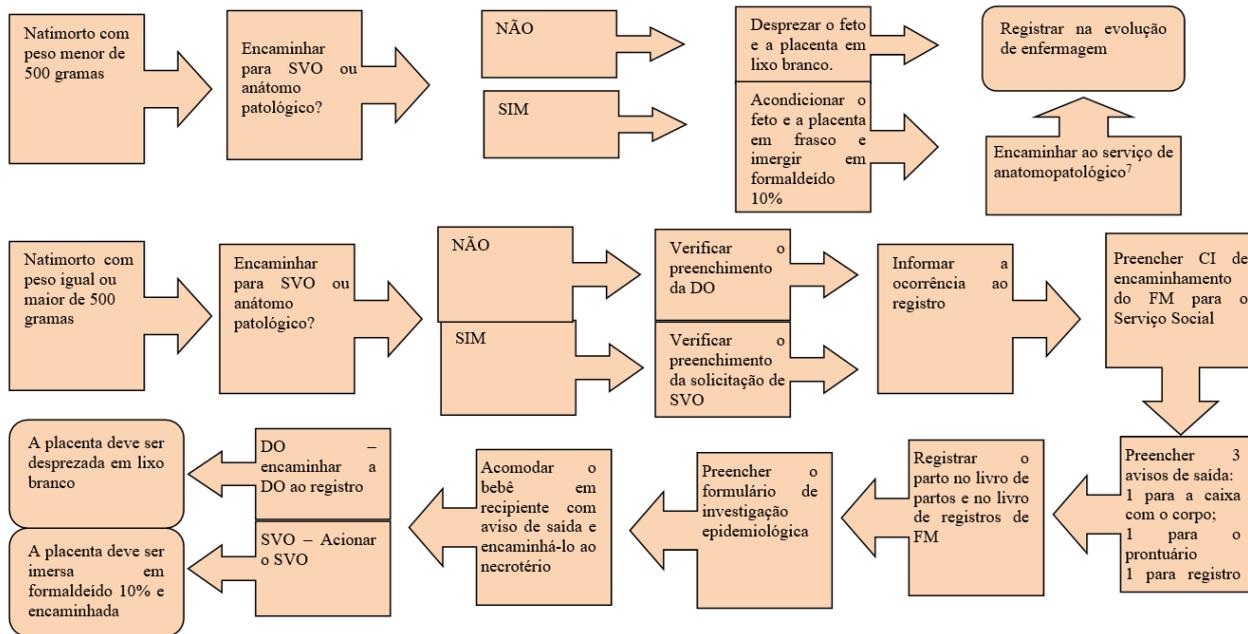
Figura 4 - Fluxograma de cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal - período puerpério imediato



4.2.2.2.5 Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal nos cuidados com o natimorto

Serão apresentados dois fluxogramas relativos aos cuidados com o natimorto, separados de acordo com o peso e os encaminhamentos burocráticos ao SVO.

Figura 5 - Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal nos cuidados com o natimorto

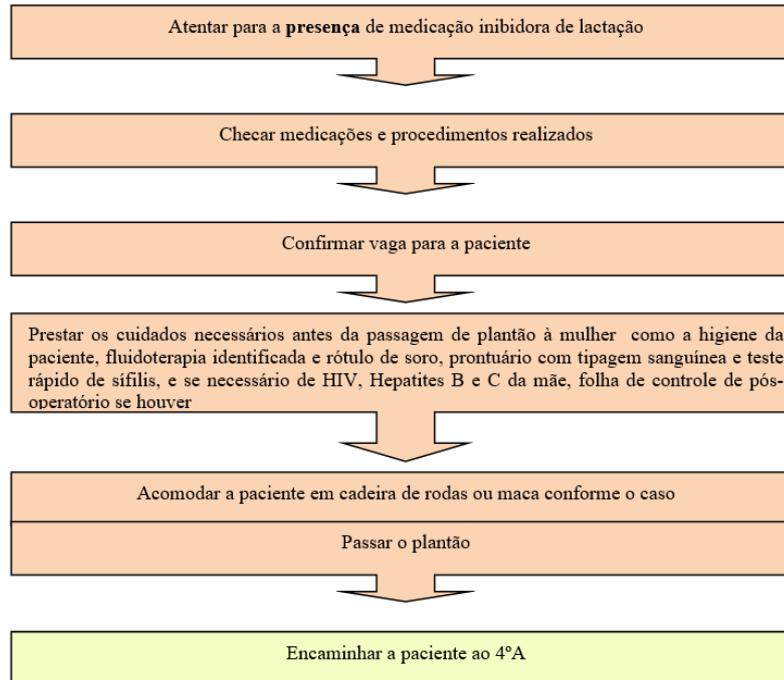


OBS: Todos os encaminhamentos devem ser protocolados.

4.2.2.2.6 Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal para a alta do CO

Neste fluxograma estão organizados os cuidados referentes à alta do CO.

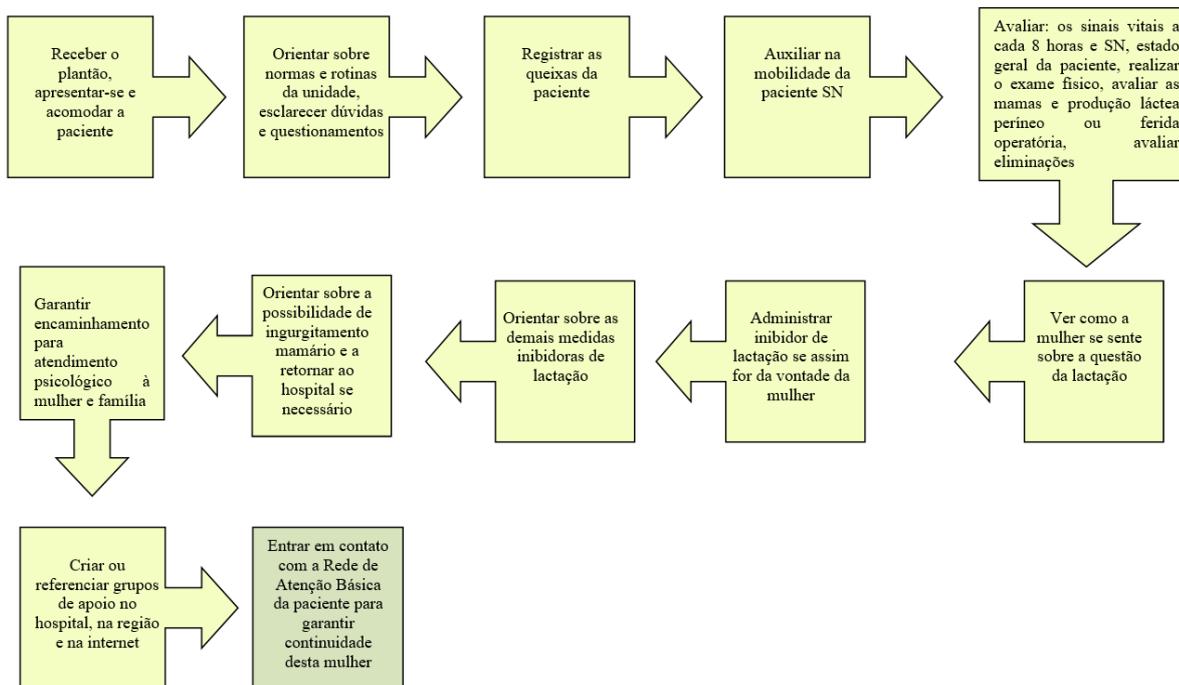
Figura 6 - Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal para a alta do CO



4.2.2.2.7 Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal no puerpério mediato

Neste fluxograma estão organizados os cuidados realizados no 4ºA, desde a sua recepção até a alta hospitalar com o encaminhamento à Atenção Básica.

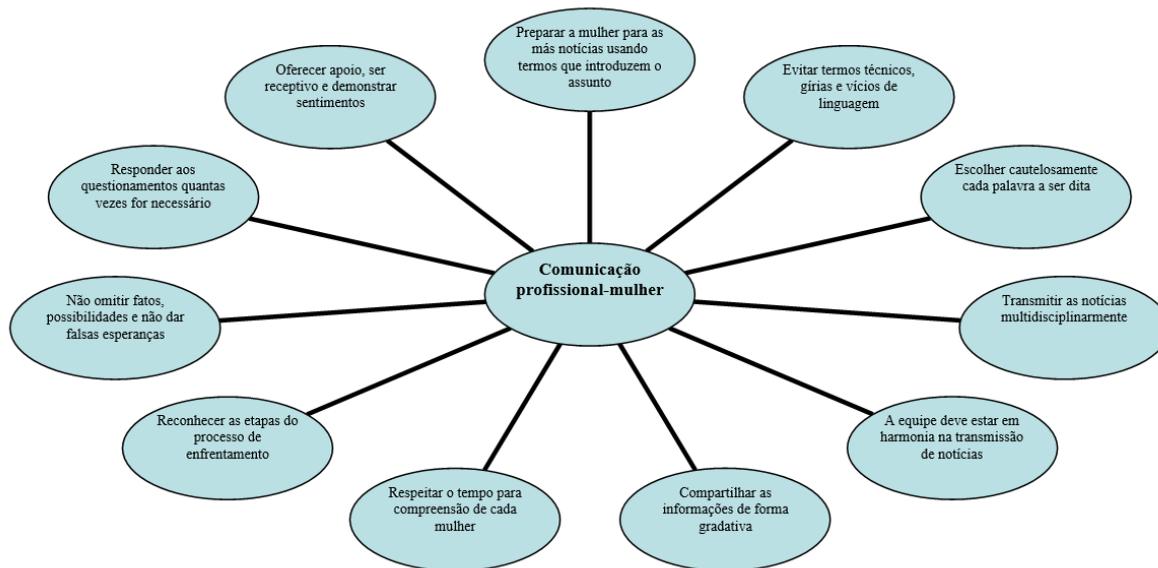
Figura 7 - Fluxograma de cuidados de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal no puerpério mediato



4.2.2.2.8 Recomendações para a comunicação profissional-mulher

A figura a seguir representa os cuidados relativos à comunicação entre os profissionais e a mulher no compartilhamento de notícias difíceis, como no óbito fetal. Os cuidados foram organizados em círculo, que giram em torno do cuidado principal, a comunicação profissional-mulher. Não existe um método específico para o compartilhamento de notícias difíceis e para a efetivação da comunicação, porém as recomendações citadas podem conduzir a uma boa relação dialógica entre a equipe de saúde e a mulher, pensando na individualidade de cada caso para auxiliar em sua adaptação.

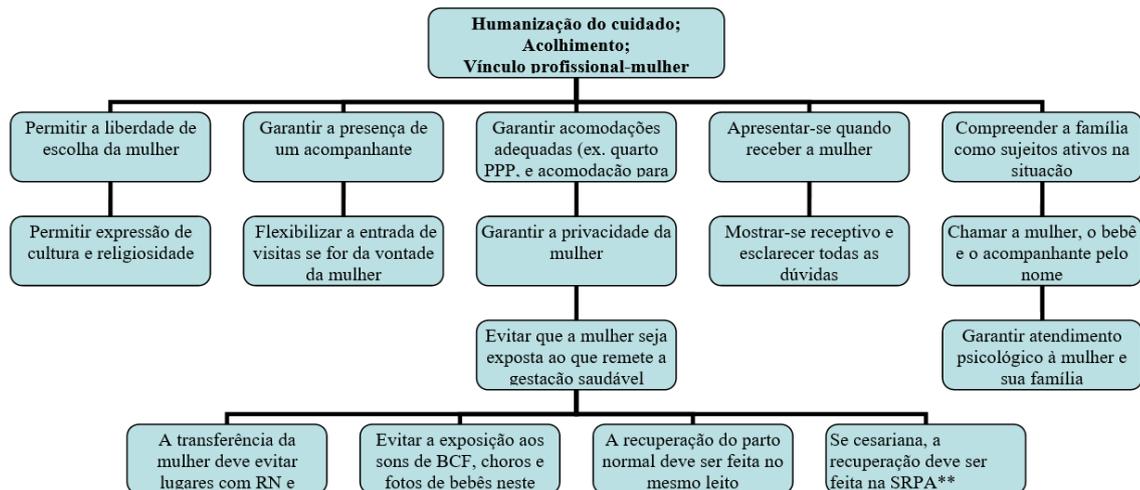
Figura 8 - Recomendações para a comunicação profissional-mulher



4.2.2.2.9 Recomendações para a Humanização do cuidado, o Acolhimento e o Vínculo profissional-mulher

Esta figura representa as recomendações que emergiram nas rodas de conversa para a humanização do cuidado, o acolhimento e o vínculo entre o profissional e a mulher, visto que um complementa. Foram agrupados de acordo com sua familiaridade como as recomendações para o acompanhante, a presença de visitantes, para evitar a exposição da mulher ao que remete à gestação e puerpério saudáveis e a garantia de atendimento psicológico.

Figura 9 - Recomendações para a humanização do cuidado, o acolhimento e o vínculo profissional-mulher



** Apesar das recomendações de evitar a exposição da mulher a fatores que remetem à gestação e puerpério saudáveis, em caso de cesariana, ainda é rotina na Instituição encaminhá-la a Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Sugere-se então, que os profissionais busquem alternativas para evitar esta exposição

Os fluxogramas apresentam os cuidados de enfermagem de acordo com as etapas de internação da mulher. As últimas figuras, apesar de terem sido construídas pela equipe de enfermagem, representam as recomendações para todos os profissionais da equipe de saúde para promover uma comunicação efetiva com a mulher, para o acolhimento e humanização do cuidado, que culminam no estabelecimento do vínculo entre a equipe e a mulher. Esta construção serve como um guia não devendo ser rígido, e sim flexível considerando sempre a individualidade de cada mulher e família.

REFERÊNCIAS

AMANTE, N. A. et al. **Cuidados de enfermagem no período perioperatório**: intervenções para a prática. Curitiba: CRV, 2016.

AMANTE, N. A.; SENA, A. C.; RUMOR, P. C. F. **Cuidados de enfermagem no período pré-operatório e pós-operatório**: aspectos gerais. In: AMANTE, N. A. et al. Cuidados de enfermagem no período perioperatório: intervenções para a prática. Curitiba: CRV, 2016.

ANDRADE, C. G. et al. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro: v.22, n.5, p. 674-679, 2014.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: apego. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BRAMHALL, E. Effective communication skills in nursing practice. **Rev. Nurs. Stand.** v. 29, n.14, p. 53, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (versão preliminar) Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método canguru/manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília, 2009.

_____. **Lei no 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2005.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M.A. A equipe de enfermagem e a comunicação não verbal. **Rev. Min. Enferm.** v.18, n.3, p. 697-702, 2014.

CALDEIRA, K. A. et al. **Atendimento multidisciplinar à gestante em trabalho de parto. belo horizonte:** protocolos clínicos. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG); Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG; Belo Horizonte, 2011.

CARVALHO, F. T.; MEYER, L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. **Bol. Psicol.** v.57, n.126, p. 33-48, 2007.

ELLINGER, F.; BEZZERRA, C. A. **Manual de procedimentos do serviço de verificação de óbitos de Marília.** São Paulo: Famema, 2011.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática de libertação** (uma introdução ao pensamento de Freire). São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

HOCHBERG, T. Moments held-photographing perinatal loss. **Lancet.** v. 377, n. 9774, p. 1310-1, 2011.

HOGUE, C. J et al. A population-based case-control study of stillbirth: the relationship of significant life events to the racial disparity for african americans. **Rev. American Journal of Epidemiology Advanced**, v. 177, n. 1, p.1-13, 2013.

KLAUS, M. H; KENNEL, J. H. **Pais/bebês:** a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLEIN, C. J. et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Rev. AMRIGS**, v.56, n.1, p. 11-16, 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LANCASTER, G. et al. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. **J. Nurs. Scholarsh.** v.47, n.3, p. 275-84, 2015.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicol.: ciência e profissão.** v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.

LEYLAND, A. The midwife's role in caring for the needs of bereaved parents following a stillbirth. **Pract Midwife.** v. 16, n. 2, p. 20-22, 2013.

LOPES, C. M. B; PINHEIRO, N. N. B. Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução materna no processo de luto: nascimento-morte. **Estilos clin.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 358-371, 2013.

MEDEIROS, L. A., LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH.** v.14, n.2, p.203-227, 2011.

MEIRA, M. M; IBARRA, S. A; SANTOS, E. K. A. Inibição da lactação: (re) visitando a literatura. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** v. 10, n. 3, p. 805-815, 2008.

MOORE, T.; PARRISH, H.; BLACK, B. P. Interconception care for couples after perinatal loss: a comprehensive review of the literature. **J Perinat Neonatal Nurs.** v. 25, n. 1, p. 44-51, 2011.

NAZARÉ, B. et al. Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. **Rev. Portuguesa de Psicol.,** v. 1, n. 3, p. 37-46, 2010.

OISHI, K. L. O jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. **Rev. Psicol. teor. pesqui.** v.30, n.1, p.5-11, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático.** Genebra, 1996.

OREANO, J. M. et al. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. **Cienc. Cuid. Saúde**. Maringá, v. 13, n. 1, p.128-36, 2014.

PANEQUE, C. M. Addressing perinatal bereavement. **Metas de Enfermería (METAS ENFERM)**, v. 14, n. 5, p. 58-61, 2011.

PONTES, E. P. et al. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **Rev. Min Enferm.** v.18, n.1, p.152-157, 2014.

ROCHA, L. et al. Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. da UFSM**. Santa Maria, v.2, n.2, p. 264-74, 2012.

ROCHA, L.; COSTA, R. MELO, C.; ANDERS, J. C. A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário de cuidados obstétricos. **Rev. Min. de Enferm.** [artigo submetido em 15/01/2016 – em processo de avaliação pelos autores].

ROMAN, A. birthing change. providing hope and healing for parents of angel babies. **International Journal of Childbirth Education**. v. 27, n. 2, p. 1-7, 2012.

ROY, S. C. **Introduction to nursing an adaptation model**. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

RYNINKS, K. et al. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 14, n. 203, 2014.

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

SANTOS, C. S. et al. Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. **Escola Anna Nery**. v.16, n.2, p. 277-284, 2012.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Atendimento multidisciplinar à gestante em trabalho de parto: protocolos clínicos. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocoloobstetriciaMG2011__1.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Protocolo assistencial de enfermagem obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Rio de Janeiro**: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: <<http://redesindical.com.br/abenfo/arqs/manuais/161.pdf>>. Acesso em 23 de maio de 2016.

SILVA, C. O. et. al. Significados e expectativas de gestantes em relação ao pré-natal na atenção básica: revisão integrativa. **Saúde e transformação social**. Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 98-104, 2013.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Comunicação de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Agência Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p.75-85.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Rev. Cochrane Database of Systematic Reviews**. v.20, n.1, p. 1-56, 2010.

SMART, C. J.; SMUTH, B. L. More than a band-aid: a transdisciplinary team approach to perinatal loss. **MCN Am J. Matern Child Nurs.** v. 38, n. 2, p. 110-114, 2013.

SOUSA, E. N., MUZA, J. C. **Quando a morte visita a maternidade**: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal. Monografia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

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

WOLFF, D. et al. Estudio comparativo entre soluciones conservadoras com y sin formol em placenta humana. **Int. J. Morphol.** v. 30, n. 2, 2012.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desta pesquisa proporcionou uma reflexão sobre a assistência de enfermagem a uma importante clientela atendida na maternidade: as mulheres que perdem seus bebês, cujo óbito antecede o nascimento. A mulher necessita de um olhar cauteloso e atento e, quando o assunto se trata da perda de um filho, ela necessita de mais atenção ainda.

Assim, esta dissertação foi concebida com o objetivo de construir um **Plano de Cuidados de Enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal em uma maternidade** do sul do Brasil. A Pesquisa Convergente Assistencial foi o caminho metodológico escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa. Esta modalidade de pesquisa, à luz do marco conceitual baseado na Teoria Problematizadora de Paulo Freire, na Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy, e no processo de morte e do morrer de Elisabeth Kübler-Ross, possibilitou a ação-reflexão-ação necessária para o alcance do objetivo. Seu marco conceitual auxiliou na compreensão do contexto de intervenção e na construção coletiva de um novo saber pela equipe de enfermagem.

Com esta pesquisa, os profissionais de enfermagem compartilharam suas experiências e foram instigados a refletir sobre o processo de morte e morrer na maternidade, tão difícil de ser encarado, avaliando suas ações neste momento. Reconhecer que as dificuldades dos profissionais são comuns às que fomentaram o interesse da pesquisadora por esta investigação aumentou o vínculo e liberdade para conversar.

A construção coletiva do Plano de cuidados aconteceu por meio de uma prática educativa, com momentos de socialização e diálogo horizontal entre os profissionais da equipe de enfermagem da maternidade que presta cuidados à mulher com perda gestacional. As rodas de conversa, que possibilitaram o desenvolvimento do processo educativo, proporcionaram espaços interativos de troca, crescimento, motivação, terapia e possibilitaram o vínculo entre os membros do grupo. Todos participaram de forma ativa, cada um à sua maneira, contribuindo para repensarem a suas realidades.

O diálogo aberto sobre o processo de morte e morrer esobre as experiências e dificuldades enfrentadas no atendimento à mulher com perda gestacional proporcionou aos participantes reconhecerem suas limitações e buscar estratégias para superá-las. Houve, assim, a

instrumentalização e o amadurecimento tanto dos profissionais quanto da pesquisadora.

A pesquisadora esteve envolvida em todo o processo de pesquisa, buscando associar teoria e prática à construção de conhecimento em conjunto com a equipe de enfermagem e, assim, possibilitar a melhoria dos cuidados de enfermagem. Esta vivência proporcionou um grande ganho pessoal e profissional, a partir da relação dialógica estabelecida e da constatação de dificuldades comuns aos participantes e ao pesquisador.

O marco conceitual elaborado para fundamentar a pesquisa permitiu compreender as diferentes situações experienciadas pelos profissionais de enfermagem no cotidiano da maternidade, ajudando na proposição de cuidados que auxiliem a mulher no processo de adaptação frente à notícia do óbito fetal e no momento que o parto torna-se uma despedida.

Ao identificar as dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem no processo de cuidado da mulher com diagnóstico de óbito fetal mostrou-se o quão difícil é para a equipe lidar com o processo de morte e morrer em seu dia a dia, comunicar-se com a mulher, estabelecer uma relação de vínculo para o cuidar. Além disso, foram enfatizadas as dificuldades em assistir ao trabalho de parto e parto, bem como a não valorização dos métodos para alívio da dor, a deambulação e a oferta de livre posição para o parto nesta situação. Existem, também, problemas na organização dos cuidados, que, por causa da fragmentação das tarefas, afasta o profissional da mulher. As falhas estruturais da maternidade também acabam por expôr a mulher a sons e imagens de uma gestação saudável, o que amplia seu sofrimento.

Os resultados desta pesquisa também apontam para a falta de preparo dos profissionais para lidar com o processo de morte e morrer, seja durante sua formação, seja por meio de educação permanente nas Instituições. Assim, é fundamental fortalecer uma nova forma de cuidar no processo de viver e morrer, uma nova visão, estimulando novas pesquisas sobre a temática, qualificando a assistência por meio de práticas educativas coletivas, reflexivas/dialógicas, participativas, implementando boas práticas obstétricas e conduzindo e organizando os cuidados.

Desta forma, considera-se que o produto final desta dissertação, o Plano de Cuidados de Enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal, e os fluxogramas de atendimento, ambos construídos coletivamente com a equipe de enfermagem, corroboram para a mudança da prática.

No Plano de cuidados de enfermagem foram organizadas as ações de enfermagem à mulher que vivencia o óbito fetal, desde sua chegada até sua alta hospitalar, com as justificativas científicas para realização das mesmas. O instrumento visou à integralidade e à humanização do cuidado para melhor auxiliar a mulher no processo de enfrentamento e adaptação à perda do filho. Da mesma forma, foram organizados os Fluxogramas de atendimento e de cuidados, no intuito de agilizar e dinamizar o processo de cuidar destas mulheres.

Construir, em conjunto com a equipe, o plano de cuidados e os fluxogramas, de certa forma modificou o modo de cuidar dos profissionais participantes, após refletiram acerca de suas ações. Os resultados desta investigação serão encaminhados à direção do hospital em questão e às unidades que prestam cuidados às mulheres, no intuito de disseminar o conhecimento. O estudo teve como limitação o número pequeno de participantes, possivelmente associado às dificuldades relativas a recursos humanos, que o sistema de saúde brasileiro tem enfrentado.

A pesquisa tem relevância para a enfermagem acadêmica e assistencial e para a comunidade, por ser um tema pouco explorado. O Plano de cuidados auxiliará na condução dos cuidados de enfermagem para melhoria da assistência, favorecendo o processo de adaptação da mulher nesse momento tão doloroso da perda gestacional.

Recomenda-se que as maternidades busquem promover a qualificação profissional por meio da reflexão sobre o processo de morte e morrer na maternidade, e sobre sua prática assistencial, implementando estratégias de socialização, interação e trocas entre os profissionais. É importante que os profissionais se envolvam em estratégias de educação permanente, para se instrumentalizarem com vistas à atenção integral da mulher que vivencia o óbito de seu filho, e humanizar o cuidado ao grupo marginalizado pelas políticas públicas. Além disso, cabe, ainda, ressaltar a necessidade das instituições de ensino abordarem as questões relacionadas ao processo de morte e morrer, inclusive na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto.

REFERÊNCIAS

- AMANTE, N. A. et al. **Cuidados de enfermagem no período perioperatório: intervenções para a prática.** Curitiba: CRV, 2016.
- AMANTE, N. A.; SENA, A. C.; RUMOR, P. C. F. **Cuidados de enfermagem no período pré-operatório e pós-operatório: aspectos gerais.** In: AMANTE, N. A. et al. **Cuidados de enfermagem no período perioperatório: intervenções para a prática.** Curitiba: CRV, 2016.
- AMPARE, D.; PEROSA, G.; HAAS, R. E. A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável. **Bioethikos.** Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 70-7, 2007.
- ANDRADE, C. G. et al. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro: v.22, n.5, p. 674-679, 2014.
- BANDEIRA, D. et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 2: p. 400-407, 2014.
- BARBOSA, N. R. et al. Da gestação ao nascimento: percepção do casal gravídico. **Rev. baiana de enferm.** Salvador, v. 27, n. 2, p.108-23, 2013.
- BARREIRO, F. M. S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo. v. 49, n. 22, p. 1-15, 2015.
- BOWLBY, J. **Apego e perda: apego.** São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- BRAMHALL, E. Effective communication skills in nursing practice. **Rev. Nurs. Stand.** v. 29, n.14, p. 53, 2014.
- BRANDALIZE, D. L.; ZAGONEL, I. P. S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. **Cogitare Enferm.** v.11, n.3, p.264-70, 2006.

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

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

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

_____. Lei no 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Nota técnica: vigilância epidemiológica de óbitos infantis e fetais**. Ministério da Saúde, Departamento de análise de situação de saúde, Coordenação geral de informações e análise epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral informações e Análise Epidemiológica. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método canguru/manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (versão preliminar) Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M.A. A equipe de enfermagem e a comunicação não verbal. **Rev. Min. Enferm.** v.18, n.3, p. 697-702, 2014.

CALDEIRA, K. A. et al. **Atendimento multidisciplinar à gestante em trabalho de parto**. Belo Horizonte: protocolos clínicos. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG); Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG; Belo Horizonte, 2011.

CARVALHO, F. T.; MEYER, L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. **Bol. Psicol.** v.57, n.126, p. 33-48, 2007.

COFEN. **Resolução COFEN 311/2007** de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2007.

CORTÊS, C. T. et al. Metodologia de implantação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev. Escol. Enferm. USP.* São Paulo, v. 49, n. 5, p. 716-25, 2015.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. 2005. 228p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2005.

COSTA, R. **Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva neonatal na década de 1980 em Florianópolis**. 2009. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2009.

ELLINGER, F.; BEZZERRA, C. A. **Manual de procedimentos do serviço de verificação de óbitos de Marília**. São Paulo: Famema, 2011.

FERREIRA, C. A. L. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. **Rev. Mosaico**. v. 8, n. 2, 173-82, 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática de libertação** (uma introdução ao pensamento de Freire). São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra S/A; 1999.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FROEN, J. F. et al. Stillbirths: why they matter. **Lancet**. v. 377, n. 9774, p. 1353-66, 2011.

HOCHBERG, T. Moments held-photographing perinatal loss. **Lancet**. v. 377, n. 9774, p. 1310-1, 2011.

HOGUE, C. J et al. A population-based case-control study of stillbirth: the relationship of significant life events to the racial disparity for african americans. **Rev. American Journal of Epidemiology Advanced**, v. 177, n. 1, p.1-13, 2013.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. Verbete conceito. **Dicionário básico de filosofia**. 5a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. p. 50.

JASKOWIAK, C. R.; ZAMBERLAN, P.; FONTANA, R. T. Processo de morte e morrer: sentimentos e percepções de técnicos em enfermagem. **Rev. Pesquisa:** o cuidado é fundamental (online). Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3515-22, 2013.

KLAUS, M. H; KENNEL, J. H. **Pais/bebês:** a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLEIN, C. J. et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Rev. AMRIGS**, v.56, n.1, p. 11-16, 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer:** o que doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LANCASTER, G. et al. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. **J. Nurs. Scholarsh.** v.47, n.3, p. 275-84, 2015.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicol.: ciência e profissão.** v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015.

LEYLAND, A. The midwife's role in caring for the needs of bereaved parents following a stillbirth. **Pract Midwife.** v. 16, n. 2, p. 20-22, 2013.

LIMA, R. S.; COSTA JUNIOR, J. A. The process of death and dying in nurses vision. **Rev. Ciên. Saberes FACEMA.** v. 1, n.1, p. 25-30, 2015.

LOPES, C. M. B; PINHEIRO, N. N. B. Notas sobre algumas implicações psíquicas da desconstrução materna no processo de luto: nascimento-morte. **Estilos clin.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 358-371, 2013.

MEDEIROS, L. A., LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH.** v.14, n.2, p.203-227, 2011.

MEIRA, M. M; IBARRA, S. A; SANTOS, E. K. A. Inibição da lactação: (re) visitando a literatura. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** v. 10, n. 3, p. 805-815, 2008.

MOORE, T.; PARRISH, H.; BLACK, B. P. Interconception care for couples after perinatal loss: a comprehensive review of the literature. **J Perinat Neonatal Nurs.** v. 25, n. 1, p. 44-51, 2011.

MORAES, M. H. C. **A clínica da maternidade:** os significados psicológicos da depressão pós-parto. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MPENF. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Instrução Normativa 01 de 03 de dezembro de 2014.** Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, MPENF, 2011.

MÜLLER, E. B; ZAMPIERI, M. F. M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 247-56, 2014.

MUNÕZ, L. A. et. al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-am. Enferm.** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013.

NAZARÉ, B. et al. Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. **Rev. Portuguesa de Psicol.,** v. 1, n. 3, p. 37-46, 2010.

OISHI, K, L. O jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto. **Rev. Psicol. teor. pesqui.** v.30, n.1, p.5-11, 2014.

OREANO, J. M. et al. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. **Cienc. Cuid. Saúde.** Maringá, v. 13, n. 1, p.128-36, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura:** atenção ao nascimento normal: um guia prático. Genebra, 1996.

PANEQUE, C. M. Addressing perinatal bereavement. **Metas de Enfermería (METAS ENFERM),** v. 14, n. 5, p. 58-61, 2011.

- PONTES, E. P. et al. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **Rev. Min Enferm.** v.18, n.1, p.152-157, 2014.
- ROCHA, L. et al. Sentimentos paternos relacionados à hospitalização do filho em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. da UFSM.** Santa Maria, v.2, n.2, p. 264-74, 2012.
- ROCHA, L.; COSTA, R. MELO, C.; ANDERS, J. C. A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário de cuidados obstétricos. **Rev. Min. de Enferm.** [artigo submetido em 15/01/2016 – em processo de avaliação pelos autores], 2016.
- ROMAN, A. birthing change. providing hope and healing for parents of angel babies. **International Journal of Childbirth Education.** v. 27, n. 2, p. 1-7, 2012.
- ROY, S. C. **Introduction to nursing an adaptation model.** New Jersey: Prentice-Hall, 1984.
- RYNINKS, K. et al. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 14, n. 203, 2014.
- SAMPAIO, A. G.; SOUZA, A. S. R. Indicação de cesareana em óbito fetal. **Rev. Bras. de Ginecol. e Obstetr.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 169-75, 2010.
- SANFELICE, C. et. al. Crenças e práticas do período gestacional. **Rev. Saúde (Santa Maria),** v.39, n.2, p. 35-48, 2013.
- SANTOS, A. L. D.; ROSENBERG, C. P.; BURALLI, K. O. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 38, n. 2, p. 268-76, 2004.
- SANTOS, C. S. et al. Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 277-84, 2012.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011.

SANTOS, S. V. **Guia para prevenção de tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**: uma construção coletiva da equipe de enfermagem. 2014. 293p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Florianópolis, 2014.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS.
Atendimento multidisciplinar à gestante em trabalho de parto: protocolos clínicos. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2011. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocoloobstetriciaMG2011__1.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO.
Protocolo assistencial de enfermagem obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Rio de Janeiro**: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em:
<<http://redesindical.com.br/abenfo/arqs/manuais/161.pdf>>. Acesso em 23 de maio de 2016.

SILVA, C. O. et al. Significados e expectativas de gestantes em relação ao pré-natal na atenção básica: revisão integrativa. **Saúde e transformação social**. Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 98-104, 2013.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. Comunicação de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Agência Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p.75-85.

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

SIMWAKA, A. N.; KOK, B.; CHILEMBA, W. Women's perceptions of Nurse-Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe, Malawi: an exploratory study. **Malawi Med J.** v. 26, n. 1, p. 8-11, 2014.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Rev. Cochrane Database of Systematic Reviews.** v.20, n.1, p. 1-56, 2010.

SMART, C. J.; SMUTH, B. L. More than a band-aid: a transdisciplinary team approach to perinatal loss. **MCN Am J. Matern Child Nurs.** v. 38, n. 2, p. 110-114, 2013.

SOUSA, E. N., MUZA, J. C. **Quando a morte visita a maternidade: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal.** Monografia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

SOUZA, L. F. et al. Morte digna na criança: percepções de enfermeiros de uma unidade de oncologia. **Rev. Enferm. USP.** São Paulo, v. 47, n. 1, p. 1-30, 2013.

SOUZA, T. L.; BARILLI, S. L. S.; AZERODO, N. S. G. Perspectiva de familiares sobre o processo de morrer em unidade de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 751-751, 2014.

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

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enfermagem,** v. 11, n. 2, p. 156-160, 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente-assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** 3ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WOLFF, D. et al. Estudio comparativo entre soluciones conservadoras com y sin formol em placenta humana. **Int. J. Morphol.** v. 30, n. 2, 2012.

APÊNDICE A – I Ciclo de Educação permanente sobre a assistência de enfermagem ao óbito fetal

TÍTULO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM E HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA		
1º CICLO: SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA A CONSTRUÇÃO DE UM GUIA DE CUIDADOS À MULHER NO ÓBITO FETAL		
INSCRIÇÃO		
Responsáveis: Denise e Tânia (Setor de capacitação HRSJ)		
Data	Local	Horário
23/03/2015 até 06/04/2015	CAPACITAÇÃO do HRSJ	08 às 12 e das 14 às 18hs
Responsável: Larissa Rocha		
23/03/2015 até 06/04/2015		Período integral
<u>Email</u>	enfa.larissa.rocha@gmail.com	
Telefone	98196558	
Obs.: Os participantes já inscritos no ano de 2014 não precisarão se reinscrever.		

1º CICLO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO ÓBITO FETAL		
1º Módulo - À Distância		
Responsável: <i>Larissa Rocha</i>		
01 a 04 de novembro/2014	Sugestão: 1 hora por dia	Carga horária: 4hs
Local	Atividade	Descrição
Internet – Módulo a distância	Embasamento teórico	Leitura de artigos sobre como os profissionais lidam com a morte
2º Módulo – Presencial		
Convidada: <i>Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza</i>		
05 de novembro/2014	Horário: 14 às 18hs	Carga horária: 4hs
Local	Atividade	Descrição
* Sala de aula da maternidade (4º andar)	Espaço crítico reflexivo e interativo	Roda de conversa sobre o enfrentamento do óbito pelos profissionais de saúde

3º Módulo – À Distância			
01 a 04 de abril de 2014		Sugestão: 1 hora por dia Carga horária: 4hs	
Local	Atividade	Descrição	Objetivo
Internet – Módulo à distância	Embasamento teórico	Leitura de artigos científicos sobre a vivência da enfermagem e sua assistência no óbito fetal	Sensibilizar os profissionais acerca da temática
4º Módulo – Presencial			
Responsável: Larissa Rocha			
08 de abril de 2015		Horário: 14 às 18hs. Carga horária: 4hs	
Local	Atividade	Descrição	Objetivo
Sala de aula AC	Espaço crítico reflexivo e interativo	Roda de conversa sobre a vivência de enfermagem no óbito fetal	Identificar as dificuldades dos profissionais de enfermagem no atendimento a mulheres que vivenciam o óbito fetal e identificar estratégias para enfrentamento destas questões.
5º Módulo – Presencial			
Responsável: Larissa Rocha			
29 de abril de 2015		Horário: 14 às 18hs. Carga horária: 4hs	
Local	Atividade	Descrição	Objetivo
Sala de aula AC	Espaço crítico reflexivo e interativo	Roda de conversa sobre as dificuldades encontradas na assistência ao óbito fetal	Elencar estratégias para superar as dificuldades apresentadas
6º Módulo – Presencial			
13 de maio de 2015		Sugestão: 1 hora por dia Carga horária: 4hs	
Local	Atividade	Descrição	Objetivo
Sala de aula AC	Validação de instrumento	Roda de conversa sobre as estratégias para melhoria da assistência de enfermagem	Validar instrumento criado

APÊNDICE B – Roteiro-guia para as rodas de conversa

Questões norteadoras: Como é o atendimento à mãe com diagnóstico de óbito fetal na nossa Instituição? Quais são as dificuldades que vivenciamos neste processo? Quais são as necessidades de mudança?

Como você se sente diante do diagnóstico de óbito fetal?

Você já vivenciou alguma vez esta situação?

Como é dada a notícia do óbito fetal?

É dado um tempo para que a mulher fique um pouco sozinha e com sua família?

Onde, como e por quem são dadas as orientações sobre as condutas após o diagnóstico?

Como você se comunica com a mulher, a ponto de tornar a experiência o menos traumática possível?

Como é falado sobre o trabalho de parto e parto?

Como a equipe de enfermagem pode minimizar o sofrimento desta mulher?

De que forma ela é encaminhada ao CO?

Como e por quem ela é recebida no CO?

É dada alguma orientação?

Como se inicia a indução do TP?

Como e quando são dadas as orientações sobre indução do parto?

Quais são os cuidados de enfermagem realizados no trabalho de parto?

Quais são os cuidados de enfermagem realizados durante o parto?

Quais são os cuidados de enfermagem realizados no pós parto imediato e mediato?

Quais são os cuidados de enfermagem realizados para a inibição da lactação?

Como a equipe de enfermagem pode minimizar o sofrimento desta mulher no CO?

Como a equipe de enfermagem pode minimizar o sofrimento desta mulher no 4ºA?

A mulher recebe atendimento psicológico?

Há interação entre a equipe de enfermagem?

Como auxiliar no processo de adaptação da mulher em cada etapa?

Existe referência à atenção básica? Se há, como é feita?

Quais práticas são necessárias para a humanização do cuidado de enfermagem a esta mulher?

APÊNDICE C - Convite geral para as oficinas

Setor de Educação e Treinamento em Saúde HRSJ



Divulga



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER QUE VIVENCIA O ÓBITO FETAL

INSCRIÇÕES: Setor de Educação e Treinamento em Saúde até 30/10/2014 – Ramal 9020.
MINISTRANTES: Larissa Rocha (coordenadora);
 Laura Cristina da S. L. de Souza.
ESTRUTURADO CURSO: 2 módulos à distância; 2 módulos presenciais.
CARGA HORÁRIA: 16 horas.
LOCAL: Sala do Banco de Leite – 4º andar.
PÚBLICO ALVO: Equipe de Enfermagem Emergência Obstétrica, Centro Obstétrico e 4ºA. Bando de Leite Humano e UTI Neonatal.

APÊNDICE D - Convite individual para as oficinas



Convite

É com imensa satisfação que venho, através deste, convidá-la para participar do I Ciclo de Capacitação sobre a Assistência de Enfermagem do HRSJ à mulher com diagnóstico de óbito fetal.

Cronograma:

01 a 04/11	À Distância	Leitura
05/11	14 às 18hs	Sala de aula da maternidade*
15 – 18/11	À distância	Leitura
19/11	14 às 18hs	Sala de aula da maternidade*

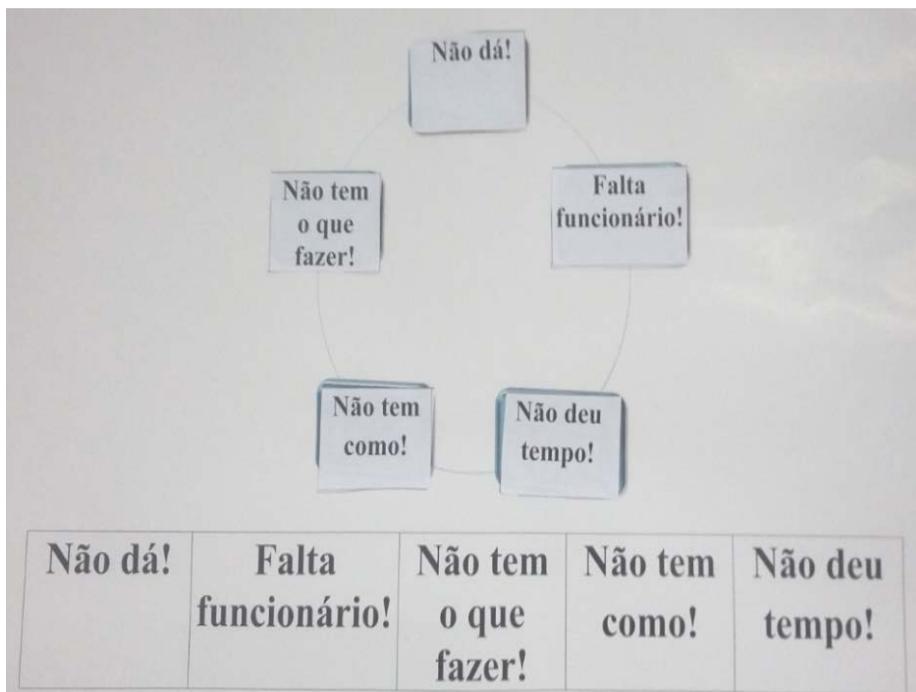
Inscrição: Ramal 9020.

Solicite seu material efetuando contato com o email: enfa.larissa.rocha@gmail.com

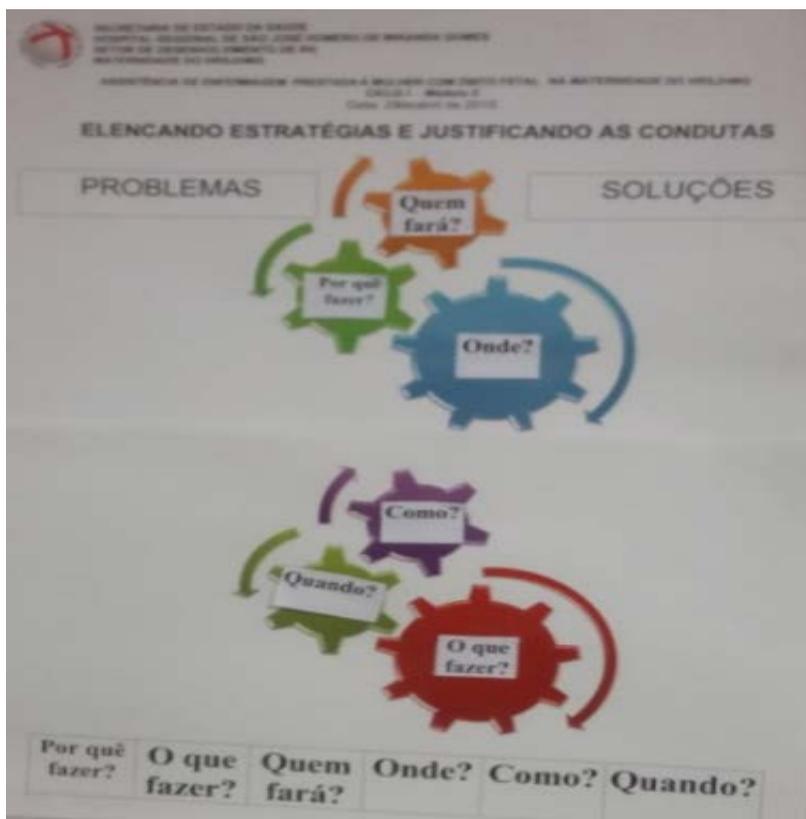
Sua participação será muito importante para a construção de conhecimento e padronização de conduta.

Agradeço desde já pela atenção.

Com Carinho, *Larissa Rocha*

APÊNDICE E – Circulo de justificativas para os problemas

APÊNDICE F – Engrenagem de soluções



APÊNDICE G – Instrumento de avaliação das oficinas



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ HOMERO
DE MIRANDA GOMES
MATERNIDADE DO HRSJHMG**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA À MULHER COM ÓBITO FETAL NA MATERNIDADE DO HRSJHMG

CICLO I – Módulo 6

Data: 13 de maio de 2015

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

1. **O que significou para você participar desta atividade?**
2. **Qual a necessidade de abordar o óbito fetal nas maternidades?**
3. **O que você achou do cronograma?**
 Ótimo Bom Regular Ruim Muito ruim
Sugestões:
4. **O que achou sobre os módulos à distância, o acesso aos materiais e o tempo para leitura?**
 Ótimo Bom Regular Ruim Muito ruim
Sugestões:
5. **Você achou o número de encontros suficiente?** Sim Não
Se não, como poderia atender melhor à demanda?
6. **O que você achou dos encontros presenciais?**
 Ótimo Bom Regular Ruim Muito ruim
Sugestões:

7. Foi abordado o tema proposto? () Sim () Não
Se não, como poderia ser melhor direcionado?
8. As oficinas construíram na construção do fluxograma e guia de cuidados propostos? () Sim () Não
Sugestões:
9. O que você achou do fluxograma construído?
() Atendeu às expectativas () Superou as expectativas () Não atendeu às expectativas
Sugestões:
10. O que achou das estratégias propostas para o guia de cuidados?
() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
Sugestões:
11. Você acha que as estratégias do guia poderão ser implementadas na prática? () Sim () Não
Porque:

Qual sua contribuição para isso?

12. Quais contribuições estas oficinas oferecerão aos profissionais de enfermagem e às mulheres que vivenciam o óbito fetal?

Pontos positivos:

Pontos negativos:

Espaço para escrever o que quiser:

Sua participação foi fundamental para a construção de novos conhecimentos.

Obrigada.

APÊNDICE H - Etapa metodológica de análise dos dados – Notas do diário

<p>peessoa. Mas no trabalho, nessa última semana, recentemente foi o primeiro contato que eu tive. De não saber o que falar pra família por exemplo, de não saber como reagir, como me portar com aquela família. Porque eu acho que ali no trabalho, eu não sei as outras meninas, mas eu penso assim, que eu também, vivendo essa situação eu me abalei emocionalmente, eu fiquei emocionada. E a gente, eu não sei, eu particularmente não sabia se podia demonstrar isso, se era pior entender? E eu</p>	<p>Não saber como lidar com a morte</p> <p>Medo de demonstrar sentimentos perante a</p>
<p>preferi sair, ficar, desabafar um pouco sozinha e depois voltar com a cara lavada. Entende? Porque na verdade assim, no curso técnico, a gente teve um semestre só pra falar sobre morte ne, e eu nunca pensei a gente fosse estudar isso, e a gente acabou não estudando. Mas, mais desabafando sobre a vida particular, pelo menos a ideia que eu senti que o professor queria passar pra gente, no curso, foi que assim, se a gente já estiver mais fortalecido em relação a isso, mais superadas as nossas dores particulares ne, quem sabe a gente tenha uma força maior pra lidar com isso, quando acontecer. Porque quando a gente lida com o paciente diariamente, cotidianamente, por um período de tempo, a gente se apega também. A gente se envolve. Eu acho que não tem como não se envolver, só se a pessoa for meio estranha. Pelo menos pra mim, se envolver faz parte do processo. Então eu acho que a gente acaba se envolvendo, e a mensagem que eu acho que ele quis passar, é que a gente desabafou, e pra mim particularmente foi muito bom, e só que saber o que a falar pra pessoa nessa hora, a gente acabou não discutindo isso, assim.</p>	<p>equipe e família</p> <p>O que foi aprendido na formação</p> <p>Estar fortalecido sobre o processo de morte e morrer permite melhor enfrentamento</p> <p>Os profissionais que lidam no cotidiano com o paciente acabam se vinculando</p> <p>O que foi aprendido na formação</p> <p>Não saber como reagir</p>
<p>P: E que também a gente tem que se permitir se emocionar e sofrer porque a gente também é igual ao que era a outra pessoa.</p>	<p>Percepção sobre a necessidade de emocionar-se demonstrar sentimentos</p>

APÊNDICE I – Etapa metodológica de síntese

<p>P19: eu acho que não é sempre que acontece isso [de ter paciente com FM no CO] eu acho que deveria ter uma pessoa pra dar uma atenção especial aquela mãe, pra saber como é que ela está se sentindo, pra ouvir, parar e não ficar naquele corre, corre. [...] acho que aquela pessoa, naquele momento deveria ser mais acolhida.</p> <p>P19: é mais as vezes conversar não ajuda, mas a tua presença, chegar lá e...</p>	Equipe específica	
<p>Apoio aos profissionais</p>		
<p>P17: Quando se tem uma estrutura familiar, tudo fica mais fácil, pra tu encarar qualquer coisa, qualquer situação.</p> <p>P6: É que a gente também tem um refúgio ne, aquela foto lá é a família ne, que a gente busca apoio, a gente precisa de apoio também, pra gente se abastecer.</p> <p>P6: É que a gente também precisa de terapia ne?</p> <p>P13: Os nossos amigos, companheiros.</p> <p>P22: a gente também precisa de apoio porque a gente também fica doente.</p> <p>P22: Eu sinto falta de um apoio psicológico pros profissionais e pra mãe.</p>	<p>Apoio</p> <p>Apoio</p> <p>Apoio</p> <p>Apoio</p> <p>Apoio</p> <p>Apoio</p>	
<p>Luto e enfrentamento - 1ª fase - Entorpecimento/Choque/Negação</p> <p>P13: Quando acontece o óbito na unidade, fica um clima mais triste, mais pesado, e as pessoas ficam com uma agitação diferente. Uma coisa, parece que as pessoas querem falar, mas não falam.</p> <p>P2: Fica aquele silêncio, aquele peso. O setor fica mais silencioso, mais frio, mais triste.</p> <p>P6: no começo [em que recebeu a notícia] assim parece que fica meio anestesiado.</p> <p>P2: mas também tem aquelas pacientes que não querem muita conversa, teve uma parente de 39 semanas que ela simplesmente se fechou, a gente falava e ela não reagia. Acho que ele tava em choque, sei lá.</p> <p>Karla: tens que explicar, tens que verificar os sinais vitais coisas assim, dela e ela simplesmente ignorou totalmente e afirmou que ignorou todos os procedimentos que</p>	<p>Enfrentamento</p> <p>Enfrentamento</p> <p>Enfrentamento</p> <p>Enfrentamento</p> <p>Enfrentamento</p>	

APÊNDICE J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA -
BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS
PARTICIPANTES DA PESQUISA DESTINADO AOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL
REGIONAL DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES**

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada: “Entre o recebimento da notícia e a volta para casa: contribuições da enfermagem no processo de adaptação da mulher no óbito fetal”, que fará parte da Dissertação do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, conduzida por mim, enfermeira Larissa Rocha (pesquisadora principal), e orientada pela Profa. Dra. Roberta Costa (pesquisadora responsável) e ao assinar este termo, você estará concordando com sua participação.

Esta pesquisa tem como objetivo construir um plano de intervenções de enfermagem no óbito fetal das mulheres que tiveram atendimento no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ), buscando identificar melhores estratégias para o atendimento a estes casos, além de possivelmente auxiliar as mulheres no processo de adaptação frente à perda.

A coleta de dados será feita em diferentes etapas. Na primeira será feito um levantamento dos estudos sobre o assunto, a segunda será feita com os profissionais da enfermagem da maternidade para construir em conjunto o fluxo de atendimento desta mulher e propor uma sistematização dos cuidados de enfermagem. A etapa com os profissionais será feita em dois momentos, um primeiro momento, onde será feita a sensibilização sobre o tema e um segundo momento onde levantaremos as propostas para construção de um plano de cuidados.

A análise dos dados se dará através de gravações de todos os encontros que serão audiogravados e transcritos posteriormente. A coleta de dados com os profissionais de enfermagem será feita através

roda de conversa na sala de aula do alojamento conjunto, com data a ser definida. Sua identidade será preservada, e para isso, será utilizado um nome fictício e não o verdadeiro. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa. Além disso, todos os dados serão arquivados por cinco anos após o término da pesquisa, e todas as informações serão destruídas, passado este período.

Você não sofrerá danos físicos, porém podem ocorrer mobilizações emocionais ou constrangimento por sua metodologia de assistência adotada. Podemos interromper a entrevista em qualquer momento caso você se emocione até que você se acalme, ou definitivamente caso você queira desistir de participar. Podemos também agendar um novo encontro para conversarmos sobre o assunto, se assim você preferir.

Este trabalho proporcionará como benefício sua participação na identificação de estratégias que minimizem o sofrimento das mulheres que vivenciam o óbito fetal e também possibilitará o aumento dos conhecimentos científicos sobre esse tema, reduzindo suas dúvidas e inquietações.

Sua participação na pesquisa será voluntária, sem gastos ou benefícios diretos ou financeiros, e você poderá se negar a participar da mesma, bem como deixar de participar a qualquer momento. Para isso, basta que você comunique a decisão, por qualquer meio, a qualquer uma das pesquisadoras.

Os resultados dessa pesquisa serão dados a você, caso o solicite, e as pesquisadoras são as pessoas com quem você deve contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre os seus direitos como participante.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos contatos:

Larissa Rocha: (48) 3271-9262 e (48) 96457826. Email: enfa.larissa.rocha@gmail.com

Professora Roberta Costa: (48) 3721-2786. Email: roberta.costa@ufsc.br

Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Endereço: Rua Rui Barbosa, nº 152, Agronômica, Florianópolis. Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Endereço: Rua Rui Barbosa, nº 152, Agronômica, Florianópolis.

Caso o participante tenha alguma dúvida ou reclamação sobre a condução ética da pesquisa ela pode entrar em contato com esse Comitê pelo número (48) 32519092 ou pelo email: cephihj@saude.sc.gov.br.

Desde já, agradeço sua participação.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu, _____, recebi informações sobre esta pesquisa que será realizada. Li e compreendi as informações fornecidas sobre minha participação e a realização do trabalho. Tenho vontade em participar desta pesquisa e estou de acordo em fornecer minhas informações para serem utilizadas na mesma. Minha participação será voluntária, não terei gastos ou benefícios financeiros. Sei que tenho a liberdade de desistir de participar a qualquer momento. Estou recebendo uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da participante

Documento de Identidade

Larissa Rocha
Pesquisadora principal

Roberta Costa
Pesquisadora responsável

ANEXO I – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEPISH

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado: "ENTRE O RECEBIMENTO DA NOTÍCIA E A VOLTA PARA CASA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DA MULHER NO ÓBITO FETAL" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.
Florianópolis, 17 / 09 / 2014.

Profa. Dra. Roberta Costa
Docente de Enfermagem/UFSC
COE/UFSC 62.204

Roberta Costa
Pesquisadora responsável (Orientador)

Jornalista
Jornalista

Responsável pela Instituição de origem

Coordenadora do Mestrado Profissional em
Cuidado do Cuidado em Enfermagem de UFSC
Portaria nº 15/P/PPG/2011

Nome: *Jornalista*
Instituição: *Dep. de Enfermagem*

Cargo: *Coordenadora do Programa MPE/F*
Número de Telefone: *37219480*

Ass: Responsável de outra instituição

Nome: *Ademar Nanketter Carpes*
Instituição: *Unidade Hospital Regional*
de São José do Bonferrado
de Marandá Gomes

Cargo: *Director*
Número de Telefone: *3371-9023*
Ademar Nanketter Carpes
Director HRG/SES
Mel: 316812-023

ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Protocolo: 030.303

apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de Abril/2015) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

FLORIANOPOLIS, 20 de Outubro de 2014

Assinado por:
Joélla Maria Guedert
(Coordenador)

Endereço: Rua Barbosa, nº 152

Bairro: Agrônoma

CEP: 88.025-301

UF: SC Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 030.303

informação seja inserida no TCLE.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto a Terceira Etapa da pesquisa, a saber: "entrevistas semi-estruturadas, subjetiva, com as mulheres participantes desta pesquisa. A captação das puérperas será através da análise do livro de registros do CO do HRBJ, com o objetivo de buscar dados referentes aos óbitos fetais ocorrido no ano de 2012. A partir deste levantamento, será feito um contato telefônico com as mulheres, explicando o objetivo e as estratégias de coleta de dados da pesquisa e convidando estas a participar da investigação.". Este CEP se posicionou contra a utilização de informações confidenciais, contidas no livro de registro de atendimentos do ano de 2012, de gestantes/puérperas que perderam seus bebês (vulnerabilidade social e emocional extrema) para serem participantes de pesquisa. O risco de sofrimento em reviver a situação traumática e o luto é MUITO maior que o benefício gerado pelo conhecimento advindo dessas entrevistas. Assim sendo, solicita-se que a pesquisadora justifique a necessidade imperiosa dessas entrevistas de caráter retrospectivo (vídeos de memória, revivência do luto, expor vulnerabilidade, etc). Tome-se a liberdade de sugerir que a pesquisa não inclua essa etapa, considerando ser de abordagem qualitativa, podendo os dados serem coletados a partir de situações prospectivas, onde a atenção e cuidados dessas mulheres estão de fato ocorrendo.

RESPOSTA DAS PESQUISADORAS: "Viemos através desta carta, informar que foram atendidas as pendências apontadas pelo Comitê de Ética em Pesquisado Hospital Infantil Joana de Gusmão. Foram feitas as correções relativas ao CEP que avaliou o projeto, bem como acatamos a sugestão de suprimir a etapa de coleta de dados com as mulheres, considerando o risco para estas participantes. Desta forma, foram feitos ajustes ao longo do projeto para atender a esta demanda.".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e

Endereço: Rua Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica CEP: 88.025-301
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3251-9002 Fax: (48)3251-4002 E-mail: cep@hig@sesude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 829.528

discutidas na literatura científica;

- Refletir com a equipe de enfermagem sobre as dificuldades enfrentadas no atendimento da mulher com diagnóstico de óbito fetal e sobre os cuidados que deverão compor o plano de intervenção para estas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá danos físicos, porém podem ocorrer mobilizações emocionais pelos participantes relembrem situações tristes, mas a pesquisadora estará a sua disposição. A roda de conversa poderá ser interrompida em qualquer momento caso necessário. Será oferecido atendimento psicológico posterior no HRBJ, caso o participantes assim o desejar, mesmo após o término da pesquisa.

Benefícios:

Este trabalho proporcionará como benefício a participação na identificação de estratégias que minimizem o sofrimento de outras mulheres que passem pelo óbito fetal e também possibilitará o aumento dos conhecimentos científicos sobre esse tema, reduzindo as dúvidas e inquietações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este parecer refere-se à análise das respostas às inadequações e/ou pendências elencadas no Parecer Consubstanciado 829.528 deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram entregues adequadamente.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação às inadequações e pendências elencadas no parecer 829.528 deste CEP:

1. Solicita-se corrigir a informação (página 24) sobre o CEP que avaliou o projeto de pesquisa para: Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão, situado na Rua Rui Barbosa 152, Bairro Agronômica, Florianópolis. Acrescentar ainda que, caso a participante tenha alguma dúvida ou reclamação sobre a condução ética da pesquisa ela pode entrar em contato com esse Comitê pelo número (48) 32519092 ou pelo email: cep@saude.sc.gov.br. Solicita-se ainda que essa

Endereço: Rua Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica CEP: 88.025-301
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 Fax: (48)3251-9092 E-mail: cep@saude.sc.gov.br

Continuação do Protocolo: 030.303

setor, EO, CO ou 4ªA, desde que esteja trabalhando há pelo menos um ano no HRSJ.

OPERACIONALIZAÇÃO DA PCA: Primeira Etapa: Será feita uma revisão integrativa nos periódicos eletrônicos LILACS, BDNF, SCIELO, MEDLINE, CINAHL e PSYCINFO, com os descritores ou palavras chaves: "óbito fetal", "natimorto", "pesar", "adaptação", "adaptação psicológica", "assistência de enfermagem", "assistência ao convalescente", "mães" e "atitude frente à morte" em português, inglês e espanhol. Critérios de inclusão os artigos científicos disponíveis na Integra, publicados entre os anos de 2009 e 2014, em periódicos nacionais e internacionais, com texto em português, inglês ou espanhol. Serão excluídos os manuais, editoriais, resumos de anais, teses, dissertações, livros e as duplicações. Segunda Etapa: Serão feitas rodas de conversa com a equipe de enfermagem para reflexão sobre o atendimento da mulher que passa pelo óbito fetal no HRSJ e as publicações científicas sobre o assunto, objetivando sensibilizar os profissionais acerca da temática em momento reflexivo e interativo, elaborar o fluxograma de atendimento desta mulher e diagnosticar os problemas que necessitam de intervenção. Ao final dos encontros espera-se construir coletivamente um plano de intervenções.

REGISTRO DOS DADOS: Os encontros serão todos gravados e audiotranscritos. O registro será feito de acordo Guimarães e Monticelli (2007), e se dará através das Notas de Campo, Notas de Reflexão e Notas Metodológicas. **ANÁLISE DOS DADOS:** Seguirá as etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004).

ASPECTOS ÉTICOS: Serão adotados os princípios de beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia, descritos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar, em conjunto com a equipe de enfermagem, um plano de intervenções de enfermagem para as mulheres com diagnóstico de óbito fetal.

Objetivos Secundários:

- Identificar como as práticas de cuidado à mulher/família que vivencia o óbito fetal vêm sendo

Endereço: Rua Barbosa, nº 152
Bairro: Agrônoma CEP: 88.025-301
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3251-0002 Fax: (48)3251-0002 E-mail: ophijg@saude.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENTRE O RECEBIMENTO DA NOTÍCIA E A VOLTA PARA CASA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DA MULHER NO ÓBITO

Pesquisador: Roberta Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36493014.4.0000.5361

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 838.303

Data da Relatoria: 12/11/2014

Apresentação do Projeto:

Será uma pesquisa qualitativa, Convergente-Assistencial. A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) emerge da prática, de uma situação vivenciada no cotidiano que precisa de mudanças e inovação (TRENTINI; PAIM, 2004), onde há necessidade de relacionar a rotina diária da equipe de enfermagem aos questionamentos da pesquisa. Além disso, Trentini e Beltrame (2006) para a PCA, o pesquisador deve estar comprometido em renovar a prática assistencial proposta, estar disposto a participar das ações da prática de saúde durante o processo do estudo, e permitir utilizar diferentes métodos e técnicas de coleta e análise de dados.

CONTEXTO DA PESQUISA: Será a maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ), situada no município de São José, localizada na Grande Florianópolis, no estado de Santa Catarina. O HRSJ é pertencente à rede estadual de centros de saúde e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

PARTICIPANTES DA PESQUISA: Serão os profissionais da equipe de enfermagem que prestaram assistência a mulher com óbito fetal no HRSJ. Critérios de inclusão: os profissionais deverão ter vivenciado a experiência do óbito fetal, em seu local de trabalho, independente de qual seja este

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agrônoma CEP: 88.025-301
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3251-0002 Fax: (48)3251-0002 E-mail: cep@ig@seude.sc.gov.br