

# Prática profissional no cuidado ao luto materno diante do óbito fetal em dois países

*Professional practice in caring for maternal grief in the face of stillbirth in two countries*

*Práctica profesional en el cuidado del duelo materno ante la muerte fetal en dos países*

**Gisele Ferreira Paris<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-8934-5405

**Francine de Montigny<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-1676-0189

**Sandra Marisa Peloso<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0001-8455-6839

<sup>I</sup> Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

<sup>II</sup> Université du Québec en Outaouais. Gatineau, Québec, Canadá.

<sup>III</sup> Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

**Como citar este artigo:**

Paris GF, Montigny F, Peloso SM. Professional practice in caring for maternal grief in the face of stillbirth in two countries. Rev Bras Enferm. 2021;74(3):e20200253. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0253>

**Autor Correspondente:**

Gisele Ferreira Paris  
E-mail: gfparis18@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

**Submissão:** 21-05-2020

**Aprovação:** 26-11-2020

## RESUMO

**Objetivo:** compreender o cuidado profissional ao luto materno no puerpério de nascimentos sem vida. **Métodos:** estudo clínico-qualitativo com todas as mulheres que tiveram óbito fetal, residentes em Maringá (Brasil) e participantes do *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* na Universidade do Quebec em Outaouais no Gatineau (Canadá). Foi realizada entrevista semiestruturada, e os aspectos relevantes foram categorizados em temas. **Resultados:** as categorias identificadas foram *Assistência recebida no puerpério com enfoque no luto: ambiente hospitalar e ambulatorial* e *Apoio profissional no enfrentamento ao luto materno após a perda fetal: com contato e lembranças, sem contato e sem lembranças e impossibilidades de contato com o bebê*. **Considerações finais:** ficou evidente a necessidade de uma rede de apoio e o acompanhamento multiprofissional para mulheres que vivenciaram perda fetal. A partir deste estudo, uma rotina de atendimento de cuidados ao luto poderá ser implantada no Brasil com base nas experiências do Canadá.

**Descritores:** Óbito Fetal; Prática Profissional; Luto; Brasil; Canadá.

## ABSTRACT

**Objective:** to understand professional care for maternal grief in the puerperium of stillbirth. **Methods:** a clinical-qualitative study with all the women who had stillbirths living in Maringá (Brazil) and participating in the *Center d'Études et de Recherche in Family Intervention* at the University of Quebec in Outaouais in Gatineau (Canada). Semi-structured interviews were carried out and the relevant aspects were categorized into themes. **Results:** the identified categories were: *Assistance received in the puerperium with a focus on grief: hospital and outpatient environment*, and *Professional support in coping with maternal grief after fetal loss: with contact and memories, without contact and without memories and impossibilities of contact with the baby*. **Final considerations:** the need for a multidisciplinary support and monitoring network for women who experienced fetal loss was evident. From this study, a routine of care for grief can be implemented in Brazil based on experiences in Canada.

**Descriptors:** Fetal Death; Professional Practice; Bereavement; Brazil; Canada.

## RESUMEN

**Objetivo:** comprender la atención profesional al duelo materno en el puerperio de los partos sin vida. **Métodos:** estudio clínico-qualitativo con todas las mujeres que tuvieron muerte fetal, residentes en Maringá (Brasil) y participantes en el *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* de la Universidad de Quebec en Outaouais en Gatineau (Canadá). Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se categorizaron los aspectos relevantes por temas. **Resultados:** las categorías identificadas fueron: *Asistencia recibida en el puerperio con enfoque de duelo: ambiente hospitalario y ambulatorio* y *Apoio profesional en el afrontamiento del duelo materno tras la pérdida fetal: con contacto y recuerdos, sin contacto y sin recuerdos e impossibilidades de contacto con el bebé*. **Consideraciones finales:** la necesidad de una red de apoyo y monitoreo multiprofesional para mujeres que experimentaron pérdida fetal fue evidente. A partir de este estudio, se puede implementar una rutina de atención al duelo en Brasil a partir de las experiencias de Canadá.

**Descriptor:** Muerte Fetal; Práctica Profesional; Aflicción; Brasil; Canadá.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma assistência puerperal rotineira quanto ao estado de recuperação física devido ao processo gestacional e do parto a partir da primeira hora do nascimento até 24 horas após, mantendo atenção do primeiro dia do parto até alta hospitalar. As consultas devem acontecer após o parto, uma ambulatorial entre o 7º e o 14º dia, outra em seis semanas, além de uma visita domiciliar na primeira semana após o parto<sup>(1)</sup>.

É indiscutível a importância da assistência no puerpério para promoção e prevenção na saúde do binômio mãe-filho<sup>(2)</sup> e na identificação da depressão materna pós-parto<sup>(3-4)</sup>. Ainda, não são todas as mulheres que retornam para consulta, aproximadamente 70% das puérperas são atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família e 47% das puérperas atendidas em UBS tradicional<sup>(5)</sup>. Essa não adesão da consulta puerperal é influenciada pelo fator de iniquidade, pois são as mulheres com menor renda e escolaridade que não têm a consulta puerperal na atenção básica<sup>(6)</sup>.

Visto que a assistência ao puerpério de mães com nascimento de filhos vivos não são realizadas em todos os casos<sup>(5)</sup> e são poucos os estudos apresentados na literatura<sup>(2)</sup>, em relação ao cuidado puerperal com mulheres que tiveram óbito fetal, o número de estudos é ainda menor<sup>(7)</sup>. Para as puérperas com nascimento sem vida, além das avaliações físicas, a OMS recomenda suportes adicionais para a saúde mental da mulher<sup>(1,7)</sup>, especialmente quanto ao luto complicado<sup>(8-9)</sup>, situação de mais possível ocorrência.

Para o monitoramento das taxas de mortalidade fetal, somente é considerado óbito fetal, também designado de nascido morto ou natimorto, a morte de um feto ocorrida a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias, ou de fetos com peso igual ou superior a 500 gramas ou estatura a partir de 25 centímetros. Anualmente, no mundo, mais de 2,6 milhões de gestações finalizam em natimortos, com variações de 25 por 1.000 nascimentos para os países subdesenvolvidos; de 14,9 por 1.000 nascimentos para os países em processo gradativo de diminuição desses óbitos, como o Brasil; e as menores taxas com menos de cinco por 1.000 nascimentos para os países desenvolvidos, como o Canadá e os Estados Unidos<sup>(10)</sup>.

Enquanto fenômeno, a gestação é representada no contexto psíquico e social como resultado para o nascimento, a vida e a esperança. Neste sentido, a morte fetal significa, para a mãe, o pai e familiares uma contradição da denominada ordem natural das fases da vida, remetendo ao paradoxo entre a vida e a morte<sup>(7)</sup>. O impacto dessa perda pode ser devastador e durar o restante da vida da mãe, pois fica um vazio, um estado de desesperança, que pode evoluir para perturbações psicológicas<sup>(11)</sup> como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e o luto complicado<sup>(8-9)</sup>.

A dor e a tristeza da perda de um bebê antes de nascer são diferentes de quaisquer outros tipos de sofrimento, pois foram meses de planejamento e expectativas para a incompreensão do nascimento de um filho morto. Esse processo de luto pode ser mais complexo e difícil, sendo elaborado ao nível do imaginário, pois não existiu uma criança "visível" para chorar, não há memórias nem experiências de vida partilhadas. A morte normalmente é

súbita, existindo uma falta de reconhecimento dessa perda pela sociedade<sup>(8,10)</sup>.

O luto dos pais que viveram a perda de um bebê, mas não tiveram a oportunidade de conhecer o seu bebê, era diferente de outros tipos de luto. A possibilidade de ver e segurar o bebê está associada com menos sintomas de estresse pós-traumático<sup>(7)</sup>. O luto complicado, aquele estado de tristeza persistente e incapacitante em mães que tiveram óbito fetal, é influenciado pela individualidade, cultura e país em que vivem<sup>(8-9)</sup>. Os estudos de abordagem qualitativa são imprescindíveis para a investigação das necessidades de assistência das mães que cercam o processo de perda fetal<sup>(12)</sup>.

Com base na bibliografia consultada, há uma necessidade de reconhecimento da morte fetal pela sociedade<sup>(13)</sup>, pois a participação dos pais no processo da morte com apoio dos profissionais de saúde, da família e dos amigos é fundamental para o enfrentamento e superação da perda. Diante da literatura, o estudo buscou responder às seguintes questões: o cuidado puerperal adequado nos casos de óbito fetal é igual entre países distintos? A atuação dos profissionais de saúde quanto ao apoio do enfrentamento do luto pelas mães que tiveram óbito fetal é diferente conforme cada país?

## OBJETIVO

Compreender o cuidado profissional ao luto materno no puerpério de nascimentos sem vida.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo seguiu as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá.

### Referencial teórico metodológico

O método clínico-qualitativo vem sendo frequentemente utilizado nas últimas décadas na área da saúde, principalmente nas pesquisas envolvendo temas de saúde mental, psiquiatria e obstetrícia. Esse método reúne e refina métodos qualitativos genéricos do campo das ciências humanas, aplicando sua natureza científica aos fenômenos humanos no campo da saúde para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos acontecimentos e relacionados à vida do indivíduo<sup>(14)</sup>.

No método clínico-qualitativo, o pesquisador é referenciado como o instrumento central da coleta de dados por meio da sua escuta e do olhar acurado a partir da prática clínica. Por meio deste, procura-se adequar os problemas originados na observação clínica, apoiado no empirismo e na teoria ligada à prática clínica. Esse método é a atitude clínica do pesquisador profissional da saúde em reconhecer os significados atribuídos pelos pacientes em relação aos fenômenos vividos no processo saúde-doença e demonstrar as experiências dos sujeitos no seu grupo social, um molde da vida individual à demarcação cultural<sup>(14)</sup>.

## Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório de uma parceria de pesquisa sobre o luto materno após óbito fetal na realidade do Brasil e do Canadá<sup>(8-9)</sup> por meio de convênio entre as pós-graduações das Universidades dos países. Na elaboração deste artigo, foram levados em consideração os critérios dos relatórios padrões para pesquisa qualitativa presentes no SRQR<sup>(15)</sup>.

## Procedimentos metodológicos

### Cenário do estudo

Foi selecionado o censo das brasileiras (n=30) que tiveram óbito fetal no ano de 2013 em Maringá (PR), Brasil, registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade até fevereiro de 2014 e todas canadenses (n=18) que tiveram óbito fetal, de 2010 a 2014, atendidas no *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* (CERIF) na Universidade do Quebec em Outaouais, no Gatineau (QC), Canadá.

O município de Maringá fica localizado na Região Noroeste do estado do Paraná (PR) na Região Sul do Brasil. Sua população estimada foi de 423.666 habitantes em 2019, correspondendo ao terceiro município mais populoso do Paraná, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,81, o sexto desse estado<sup>(16)</sup>. A cidade de Gatineau pertence à província do Quebec, Região Leste do Canadá e faz parte da região metropolitana da Capital do país, Ottawa, Ontário. É a quarta cidade em nível de importância no Quebec, com uma população de 284.557 habitantes em 2017<sup>(17)</sup>.

Foram considerados critérios de inclusão mães que tiveram o endereço localizado em Maringá a partir da autorização pela secretaria municipal de saúde dos óbitos investigados pelo comitê de mortalidade (n=26) e mães que participaram do grupo de apoio ao luto no CERIF no Gatineau (n=18). O critério de exclusão não foi aplicado devido à aceitação receptiva e perseverante das entrevistadas.

### Coleta e organização dos dados

A estratégia utilizada para coleta de dados foi o método clínico-qualitativo por meio de uma entrevista semiestruturada, sendo empregado o idioma português para as participantes brasileiras e francês para as canadenses. Utilizaram-se as seguintes questões abertas: como foi a assistência no pós-parto no ambiente hospitalar e no domicílio? Qual foi o contato que teve com o bebê que perdeu?

As entrevistas foram realizadas por um profissional da saúde e pesquisador do tema, com o prévio esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e aceite da participação pelas mulheres nos dois países no período de até um ano após a ocorrência do óbito, conforme local reservado e escolhido pela entrevistada. Todas as canadenses e a maioria das brasileiras foram entrevistadas no ambiente domiciliar, e três brasileiras disponibilizaram no trabalho.

As entrevistas duraram, em média, 80 minutos, sendo gravadas em áudio. Posteriormente, foram transcritas e submetidas a leituras e releituras, buscando-se identificar aspectos relevantes, que foram categorizadas em tópicos de discussão debatidos

com a equipe de pesquisadores pertencentes à pesquisa, sendo realizada análise qualitativa de conteúdo.

### Análise dos dados

A análise da entrevista semidirigida foi realizada após transcrição na íntegra das entrevistas, e sucessivas e exaustivas leituras flutuantes, buscando-se identificar aspectos relevantes. Posteriormente, foram categorizadas em tópicos de discussão que correspondiam ao objetivo da pesquisa. Os tópicos de discussão foram debatidos em equipe segundo a análise qualitativa de conteúdo, amparada pelo referencial teórico psicodinâmico, que envolve os aspectos conceituais de compreensão das atitudes de estados mentais das pessoas em movimento, principalmente as influências de níveis inconscientes<sup>(14)</sup>.

A quantidade de entrevistas foi considerada suficiente devido à demonstração de saturação ou exaustão dos dados, constatado na repetição de conteúdos semelhantes ou iguais expressos por várias participantes. Diante das classificações existentes do período pós-parto nos consensos científicos, para o presente estudo, utilizou-se a divisão didática de puerpério imediato (da dequitação até 2 horas), mediato (após 2 horas até 10 dias) e tardio (após o 10º dia)<sup>(18)</sup> para as especificações em cuidado hospitalar (puerpério imediato) e cuidado ambulatorial (puerpério mediato e tardio).

Os resultados foram organizados em categorias temáticas e núcleos temáticos, de modo a sistematizar as ideias que contemplassem o objetivo do estudo, permitindo a inferência aos resultados encontrados e discutidos com base na literatura. A primeira categoria identificada foi *Assistência recebida no puerpério com enfoque no luto* e dois núcleos temáticos: *ambiente hospitalar (puerpério imediato) e ambulatorial na atenção básica e/ou consultório particular (puerpério mediato e tardio)*. A segunda categoria foi: *Apoio profissional no enfrentamento ao luto materno após a perda fetal* e três núcleos temáticos: *com contato e lembranças, sem contato e sem lembranças e impossibilidades de contato com o bebê*.

Para a apresentação dos resultados, o anonimato das entrevistadas foi garantido, sendo identificadas com as letras iniciais dos países Brasil (B)/Canadá (C), e numeradas conforme a ordem de inclusão das participantes. Os nomes dos hospitais e serviços de saúde também não foram divulgados.

## RESULTADOS

As principais causas da natimortalidade nos fetos de 22 semanas ou mais de gestação no Brasil e no Canadá foram complicações de placenta, cordão e membrana, afecções maternas e malformações congênitas. Quanto às características da mãe e da gestação, predominou idade materna entre 20 e 34 anos, 62% (B) e 81% (C), escolaridade maior ou igual a 12 anos de estudos, 27% (B) e 100% (C), vínculo empregatício, 67% (B) e 83% (C), presença de companheiro, 84% (B) e 100% (C), média da duração da gestação 30 semanas (B) e 26 semanas (C), perdas anteriores, 19% (B) e 44% (C), e gravidez planejada, 35% (B) e 100% (C).

Mesmo que algumas entrevistas tenham ocorrido em tempo maior após a ocorrência que em outras, as mulheres relataram

minuciosamente cada detalhe da perda. Elas descreveram a sequência dos fatos, com lembranças do dia da semana que ocorreu, peso e fisionomia do feto, pessoas que estavam presentes e como os profissionais de saúde informaram o óbito fetal e conduziram o cuidado. Assim, foi observado que quando se trata da morte de um filho, os sentimentos e os sofrimentos pela circunstância da morte são preservados e revividos a cada lembrança, e nem sempre o luto é esquecido com o decorrer do tempo.

No contexto das falas expressadas, foi possível perceber episódios comuns às mulheres que experienciaram a perda fetal conforme cada país. Conseqüentemente, com a abordagem clínico-qualitativa na análise de conteúdo, foram identificadas duas categorias com seus núcleos temáticos, apresentadas conforme a realidade de cada país.

### **Assistência recebida no puerpério com enfoque no luto: ambiente hospitalar e ambulatorial**

A atuação dos profissionais no hospital, considerada assistência no puerpério imediato, no Canadá é vista e demonstrada a seguir como muito satisfatória pelas mulheres que vivenciaram a perda fetal.

*Após a perda, pediatra e ginecologista vieram várias vezes explicar o que tinha acontecido, porque eu não tinha entendido tudo pela primeira vez. (C9)*

*No hospital, para interrupção médica, os enfermeiros e médicos ginecologistas foram "muito, muito, muito bons". Eu não esperava ser tratada com tanto respeito e empatia. Eu senti que eles entenderam que era uma provação dolorosa para mim e meu marido. Eu preferia não ter precisado tomar a decisão, e que tivesse acontecido espontaneamente. (C10)*

No Brasil, satisfação no ambiente hospitalar não foi contemplada por todas as mulheres. Observou-se a necessidade de a mulher receber informações e assistência ofertada pelos serviços hospitalares e equipe de saúde multidisciplinar para auxílio e apoio na tomada de decisões em todos os aspectos deste enfrentamento (físicos, mentais e sociais).

*Eu tinha uma visão péssima do Hospital [...], mas depois que fui lá, não posso falar nada, fui muito bem tratada. (B1)*

*Isso que é ruim no Hospital [...] no pré-natal, é sempre o mesmo, mas quando precisa ficar internada, no plantão, qualquer médico [obstetra] que cuida de você. (B13)*

*Fiquei internada vários dias depois do parto, falaram que a psicóloga iria me visitar, mas não foi. (B2)*

No entanto, a satisfação das canadenses com o bom atendimento não é sempre a mesma no ambiente ambulatorial realizada em todas as instâncias da atenção primária, nos denominados *Centre Local de Services Communautaires* (CLSC), e as suas necessidades são atendidas nos grupos profissionais de apoio. Não há dúvida da necessidade de receber atendimento profissional nas semanas e meses que se seguem após a morte como suporte ao enfrentamento do luto.

*Após a morte, tive vários contatos. Mantive contato com o capelão do hospital. Fui consultar um psicólogo e participei de um grupo de apoio aos pais que tiveram experiências semelhantes. (C1)*

*A enfermeira do hospital disse que alguém do CLSC iria entrar em contato com nós... isso nunca aconteceu. Então, eu liguei no CLSC, e eles disseram que não tinham ninguém qualificado, ou que se sentia à vontade com o luto para nos ajudar. Então eu disse "Ah, tudo bem, porque nos também não estamos à vontade com o luto". (C9)*

Na realidade brasileira, também foi evidenciada a falta de estratégias, de destrezas e de recursos dos profissionais de saúde nas consultas de puerpério ambulatoriais. Para atender às necessidades, as mulheres procuram o apoio religioso para enfrentar essa situação. Devido à inexistência de um grupo profissional de apoio no Brasil, não tiveram citação nos casos.

*No começo, a gente fica com raiva, revoltada com o médico [choro]. Depois eu pensei, para o homem, pode ser que ele tem algum poder, mas pela minha fé, eu acredito que não acontece nada se Deus não permitir. Então, não vou dar para ele este poder de vida e morte, que ele não tem. Ele poderia ter sido mais eficiente, poderia ter interrompido antes. Mas se estava nos planos de Deus que o bebê fosse morrer, ele iria morrer, mesmo se ele nascesse antes. Então, este foi o jeito que arrumei para não ficar com raiva do médico, porque é muito ruim. Não podia nem pensar ou imaginar de ver ele na minha frente. Não sabia qual reação eu poderia ter, se eu poderia ter uma crise nervosa, xingar. (B5)*

*No posto de saúde, disseram que iriam marcar um horário com a psicóloga, mas ela entrou em férias. (B2)*

### **Apoio profissional no enfrentamento do luto materno após a perda fetal: com contato e lembranças, sem contato e lembranças e impossibilidades de contato com o bebê**

Em relação ao contato com o bebê morto, observa-se que as canadenses são atendidas por profissionais com foco em orientações sobre o processo de luto, recebem várias lembranças do bebê da equipe hospitalar, são estimuladas a tirar fotos e a ver o bebê mesmo quando não desejam fazê-lo, ao contrário do que ocorre com as brasileiras.

No Canadá, é possível a interrupção gestacional terapêutica até 23 semanas nos casos de malformações incompatíveis com a vida e quando a mulher fizer essa opção. A interrupção terapêutica, mesmo em países onde está legalizado, não é aceita pelas doutrinas do cristianismo. Assim, cabe aos membros religiosos que participam da equipe de saúde respeitar a decisão da mulher em sua autonomia de ser humano.

*Peguei todas as lembranças oferecidas pelo pessoal do hospital: realização do batismo, impressões digitais, a pulseira de identificação e o serviço de um fotógrafo. Ficamos cerca de seis horas com a nossa filha. Tive tempo de pegar ela no colo, ficar olhando, e ver a extensão da massa abdominal, confirmando que havíamos tomado a decisão certa. Durante todo o processo de interrupção da gravidez, eu me senti ouvida pelos profissionais, exceto o capelão. (C10)*

Para algumas mulheres, as fantasias criadas em torno das malformações são desconstruídas quando ela vê o bebê. O ver o

bebê concretiza o imaginário das malformações visíveis, e, para as não visíveis, a perfeição, já que havia feito uma imagem pior dele.

As brasileiras, com raras exceções, mostraram-se satisfeitas com os atendimentos no serviço hospitalar e no serviço de atenção primária. Na trajetória do enfrentamento, a fé foi um amparo para a mulher seguir sua vida. A religião é uma demonstração de fé e a mulher recorre a ela para dar sentido e enfrentar a história vivenciada nesse contexto, apegando-se a Deus para a sua maior fonte de força.

No Brasil, as mulheres não têm contato com o bebê morto, e quando têm, esse é rápido e desassistido. Observa-se um despreparo, tendo em vista que os profissionais de saúde não estimulam o contato, e quando a mãe deseja fazê-lo, esses percebem esta medida como prejudicial, uma anormalidade. Na realidade brasileira, as mulheres relataram:

*Eu não cheguei a ver o bebê. Estava sangrando muito. Minha mãe tirou foto no necrotério, meu marido tirou no velório e vi depois. (B14)*

*Antes de ir para o quarto, o médico trouxe o bebê para eu ver, bem arrumadinho, e logo já pediu para levar porque não podia ficar muito tempo, tinha de fazer exames. Não tirei foto dele, minha mãe foi tirar e alguém do hospital falou que não podia lá dentro. Peguei no colo só um pouco. (B8)*

*Quando voltei da anestesia, a médica perguntou se eu queria ver. Ela o trouxe enroladinho, estava perfeito, lindo. Não consegui pegar ele, porque minhas mãos estavam amarradas. Isso que eu me arrependo, é de não ter pego ele, mas Deus quis assim. (B11)*

*Eu o peguei, a minha mãe também pegou, e até tirei uma foto com ele. Eles (profissionais) até falaram com sarro “olha, elas estão querendo pegar o natimorto. Não pode pegar, ela vai querer pegar para ela”. Fui ao velório, pois me deram alta antes. (B18)*

Por condições clínicas da mulher, foi impossibilitado o contato com o natimorto. No entanto, mesmo após estabilização, não se verificou se os profissionais possibilitaram um novo contato ou mesmo orientaram os familiares a tirarem fotos e ou guardarem lembranças.

*Eu não vi a bebê, eu tinha acabado de sair da cirurgia a enfermeira chamou quem queria ver. Meu marido e uma amiga viram. Meu marido não tirou foto e não aguentou ficar muito tempo e minha amiga disse que ela era perfeita, parecida comigo e bem grande. (B21)*

Em alguns casos, a mãe não tem dimensão do que está se passando e não quer ver o bebê. Os profissionais de saúde do Canadá procuram estimular a realização deste encontro com o bebê morto.

*Os enfermeiros insistiram muito para eu ver o bebê. Caso contrário, os enfermeiros não me deixavam tranquila, já que eu não queria falar. Não quis levar as lembranças para não relatar memórias do seu nascimento em casa. (C16)*

Também no Brasil, uma mulher não teve o desejo de ver o bebê e justificou como sendo um modo de ser. No entanto, exprime tal decisão como uma dificuldade posterior na concretização da morte e no enfrentamento do luto. A mãe que não viu o bebê mantém no imaginário a “imagem” deste, transportando esta figura para outras crianças, tentando idealizar como seria seu filho. O relato das

mulheres demonstra a necessidade de profissionais capacitados para prestar melhor cuidado à mulher neste momento.

*O médico pediu para eu ver, mas eu não quis, minha mãe disse que era a minha cara. Mas é o meu jeito, meu irmão morreu faz 10 anos e até hoje não vejo as fotos e vídeos dele. Penso que como não quis ver o bebê, quando lembro no bebê, rostos diferentes de criança sempre veem na minha mente. (B1)*

## DISCUSSÃO

Infelizmente, a proposta de assistência hospitalar para atuação profissional diante de um óbito fetal ainda não foi efetivada em diversos serviços de saúde<sup>(19-20)</sup>. As intervenções, a assistência e a formação para a prestação de cuidados nessas situações representam uma questão pendente. A experiência evidencia fragilidade na atuação dos profissionais, que não sabem como devem se comportar, nem como acompanhar e cuidar da mulher após sofrerem uma perda fetal<sup>(6,8,21-22)</sup>.

No Brasil, os profissionais de saúde se sentem pouco preparados para estabelecer uma relação de empatia e não têm consciência de que uma atitude inadequada pode influenciar a evolução correta do luto das mulheres<sup>(20-22)</sup>. Para melhorar os cuidados de enfermagem prestados às mulheres que tiveram óbito fetal, é fundamental uma avaliação precoce do processo de luto, no sentido de programar intervenções necessárias a cada caso<sup>(8-9)</sup>. Foram encontradas diferentes reações no que diz respeito a providenciar lembranças do bebê, indicando que os profissionais de saúde desconhecem até que ponto essas opções podem ajudar os pais a superar melhor o luto<sup>(22)</sup>.

O cuidado puerperal adequado nos casos de óbito fetal não é igual em países distintos, principalmente no suporte para prevenção do luto complicado. No Canadá, os profissionais do hospital explicam o ocorrido, dialogam e acolhem a mulher de forma integral livre de estigmas e preconceitos. Apesar de o cuidado ambulatorial na atenção primária não dar a atenção esperada em todos os casos, existem grupos de apoio profissional para atendimentos contínuos sem data limite do tempo da perda. No Brasil, são poucos os casos com cuidado puerperal adequado, independente da complexidade da assistência. O cuidado limitado ao luto materno de nascimentos sem vida no Brasil reflete o impedimento das ações realizadas no Canadá e previstas na literatura de contato e lembranças do feto para apoio no enfrentamento da superação do luto.

Em alguns países, pela cultura e tradição, as mulheres são incentivadas a não interagir com o bebê morto após o nascimento, para que se desfaçam das lembranças e não falem sobre a perda. No entanto, essas restrições culturais são preditoras para o luto<sup>(23)</sup> e difíceis para as mulheres, que demonstram desejo de apoio profissional e necessidade de apoio social<sup>(24)</sup>. Em outra realidade cultural, o protocolo de assistência direciona os profissionais a não forçarem a mãe a ver o bebê morto, embora os relatos das mães confirmem a satisfação em vê-los, mesmo quando não tivessem manifestado o desejo *a priori*<sup>(25)</sup>.

O luto dos pais que viveram a perda de um bebê, mas não tiveram a oportunidade de conhecer o seu bebê, era diferente de outros tipos de luto. A possibilidade de ver e segurar o bebê está associada com menos sintomas de estresse pós-traumático. Os medos de ver um corpo danificado ou morto devem ser sensivelmente

explorados, e as formas de enfrentamento, discutidas. Mesmo nos casos em que as mães experienciaram angústia intensa durante o contato com o seu natimorto, elas ainda descrevem que esse contato era importante e que tinham tomado a decisão certa. Isso indica a necessidade de dar aos pais uma escolha informada sobre os possíveis benefícios e riscos de ver seu bebê nascido morto<sup>(25)</sup>.

Os profissionais de saúde, além de oferecerem suporte de lembrança aos pais, precisam de treinamento para garantia e entendimento do apoio a essa situação<sup>(7,23)</sup>. Pessoas que tenham sofrido problema semelhante antes podem se disponibilizar a proporcionar mais apoio do que aqueles que nunca tiveram.

Para a equipe de saúde, a ocorrência do óbito fetal é uma frustração, um fracasso nesta época de alta tecnologia, em que prevalece a presunção de que mortes como essas não ocorram mais, trazendo à tona também o despreparo para atuação profissional em algumas realidades. É sentida também uma impotência ao ver a tristeza e a dor da paciente enquanto a assiste na internação. Os profissionais se veem limitados para ajudar a superar esse sofrimento, e quando possível, solicitam a atuação da psicologia nos casos<sup>(21)</sup>.

Em relação às experiências de profissionais de saúde com grupos de pais que tiveram perda fetal no Canadá, relatam-se êxitos em suas atuações ao contribuir para a construção de uma cultura de apoio, carinho e respeito ao luto dos pais. O permitir que pais enlutados compartilhem suas histórias em público possibilita elucidar o que pode ser feito para outras famílias não experimentarem o mesmo sofrimento e talvez auxiliar a prevenir a morte desnecessária de outra criança.

Os profissionais de saúde, além de oferecerem suporte de lembrança aos pais, precisam de treinamento para garantia do apoio a essa situação<sup>(7,23)</sup>. Enfermeiras que trabalham na sala de parto manifestam conflito interno sobre o término da vida nos casos que envolvem natimortos. Além da realização de orações e de manter respeito ao corpo do bebê nascido morto, os profissionais revelaram ter sensação de mal-estar e culpa por não poderem proporcionar uma despedida adequada e de inquietação e empatia com relação à mãe ao acompanharem a despedida<sup>(26)</sup>.

### **Limitações do estudo**

Dentre as limitações do estudo, mesmo com um número pequeno de participantes do censo anual de mulheres com óbito fetal em um município brasileiro e das mulheres canadenses que participaram do apoio profissional pelo CERIF, a análise clínico-qualitativa garantiu uma compreensão da perspectiva do sujeito estudado dentre as várias interpretações aceitáveis, considerando a discussão grupal dos resultados entre os pesquisadores da pesquisa para validação de um resultado correto e representativo da realidade empírica e aceitável pela comunidade científica.

### **Contribuição para área de enfermagem, saúde e política pública**

A prática assistencial, ao entrevistar as brasileiras, oportunizou um momento terapêutico de expressão para as mulheres que não têm grupo de apoio profissional, dando voz à realidade desassistida, construindo conhecimento participando do grupo de apoio no Canadá. O estágio no exterior possibilitou conhecer

uma cultura assistencial em um país desenvolvido e poder comparar com a realidade de um país em desenvolvimento, para a posterior implantação desta referência de modelo assistencial.

Os resultados apresentam implicações para a prática profissional em saúde, ao expor o cuidado frágil ao luto materno das brasileiras, o despreparo para o atendimento e até a ausência de assistência para as mulheres, companheiros e demais familiares. Os resultados evidenciam a importância de aprimorar os conhecimentos e qualificar o cuidado de enfermagem e dos outros profissionais de saúde na área do luto por óbito fetal para o adequado tratamento e enfrentamento dessa complicação dramática da gravidez. É urgente a incorporação no Brasil de políticas públicas de cuidado ao luto materno.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do estado clínico das entrevistadas, a perda de um óbito fetal, e da intenção de garantir uma compreensão da perspectiva da mulher estudada conforme cada país, envolvendo principalmente as atitudes de seus estados mentais e as influências inconscientes, a análise qualitativa de conteúdo com discussão grupal dos resultados entre os pesquisadores apresentou um resultado válido, representativo da realidade empírica e aceitável pela comunidade científica.

Os casos clínicos relataram como os cuidados profissionais ao luto materno aconteceram e foram sentidos por essas mulheres, com embasamento na realidade sociocultural, nas diversas circunstâncias e no relacionamento com os serviços de saúde, instituições religiosas e pessoas. A partir deste estudo, uma rotina de programas de atendimento ao luto poderá ser implantada nos hospitais do Brasil conforme experiência canadense.

Quanto ao contato com o bebê morto, pelas histórias das mulheres, independentemente da idade gestacional, observa-se todo um ritual para as canadenses olharem, pegarem, cuidarem e guardarem lembranças do seu bebê nascido morto. Algumas brasileiras também tiveram essa oportunidade, entretanto, com tempo limitado e às vezes de maneira constrangedora diante da postura dos profissionais de saúde, pouco preparados para lidar com tal situação.

A perda fetal implicou a reconstrução da identidade da mulher, a reflexão sobre o momento experienciado, trazendo sabedoria para aconselhar outras mulheres nos grupos de apoio ao luto, com vistas a evitar processos semelhantes aos vivenciados por elas e recomendações aos profissionais e às rotinas dos serviços de saúde para melhor assistência nos casos que ainda continuam a existir.

Diante das implicações do tema luto materno após óbito fetal, ficou muito evidente a necessidade das mulheres que vivenciaram perda fetal, a exemplo do Canadá, serem acompanhadas por uma equipe multiprofissional e a importância de uma rede de apoio. Observa-se, no Brasil, a necessidade de ampliação da tecnologia leve do diálogo em saúde, que, acrescido à existência de serviço de grupo profissional de apoio nestas situações de perda, poderão beneficiar as mulheres no enfrentamento do luto.

### **FOMENTO**

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Processo n.º 99999.011586/2013-03.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines [Internet]. Geneva (SWI): 2015 [cited 2020 Jan 15]. Available from: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer\\_A4.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf)
2. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):181-6. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
3. Aloise SR, Ferreira AA, Lima RFS. [Postpartum depression: identification of signs and symptoms and associated factors in reference maternity hospital in the city of Manaus]. *Enferm Foco*. 2019;10(3):41-5. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2455> Portuguese.
4. Spindola T, Penha LH, Lapa AT, Cavalcante ALS, Silva JMR, Santana RSC. The postpartum period from the perspective of women attended at a University Hospital. *Enferm Foco*. 2017;8(1):42-6. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.847>
5. Oliveira RLA, Ferrari AP, Parada CMGL. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3058. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2806.3058>
6. Coutinho E, Amaral S, Parreira MVBC, Chaves CB, Amaral O, Nelas P. Nurses- puerperal mothers interaction: searching for cultural care. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):910-17. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0216>
7. Flenady V, Boyle F, Koopmans L, Wilson T, Stones W, Cacciatore J. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG*. 2014;121(suppl4):137-40. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13009>
8. Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian women. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):546-53. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500002>
9. Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Cross-cultural adaptation and validation evidence of the perinatal grief scale. *Texto Contexto Enferm*, 2017;26(1):e5430015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005430015>
10. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387:587-603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
11. Bui E, Mauro C, Robinaugh DJ, Skritskaya NA, Wang Y, Gribbin C, et. al. The structured clinical interview for complicated grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depress Anxiety*. 2015;9(32):485-92. <https://doi.org/10.1002/da.22385>
12. Mander R. Who listens to parents and is anything done? *Practising Midwife*[Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 5];17(7):24-25. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/263702716\\_Who\\_listens\\_to\\_parents\\_and\\_is\\_anything\\_done](https://www.researchgate.net/publication/263702716_Who_listens_to_parents_and_is_anything_done)
13. Kiguli J, Namusoko S, Kerber K, Peterson S, Waiswa P. Weeping in silence: community experiences of stillbirths in rural eastern Uganda. *Glob Health Action*. 2015;8(1):24011. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.24011>
14. Turato EP. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010. 688 p.
15. Brien BCO, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
16. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Paraná em números [Internet]. Curitiba (BR): IPARDES; 2019 [cited 2019 Nov 8]. Available from: [http://www.ipardes.gov.br/perfil\\_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=309&btOk=ok](http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=309&btOk=ok)
17. Gatineau (Quebec). [Internet]. Florida (USA): Wikimedia Foundation; 2018 [cited 2019 Aug 10]. Available from: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Gatineau\\_\(Quebec\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Gatineau_(Quebec))
18. Neme B. Obstetrícia básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2005. 775 p.
19. Strefling IS, Lunardi Filho WD, Kerber NP, Soares MC, Ribeiro JP. Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):784-91. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000940014>
20. Rosner R. Prolonged grief: setting the research agenda. *Eur J Psychotraumatol*. 2015;19(6):2703. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27303>
21. Lemos LFS, Cunha ACB. Death in the maternity hospital: how health professionals deal with the loss. *Psicol Estud*. 2015;20(1):13-22. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.23885>
22. Montero SMP, Sánchez JMR, Montoro CH, Crespo ML, Jaén AGV, Tirado MBR. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(6):1405-12. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>
23. Roberts LR, Lee JW. Autonomy and social norms in a three factor grief model predicting perinatal grief in India. *Health Care Women Int*. 2014;35(3):285-99. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.801483>
24. Tseng YF, Chen CH, Wang HH. Taiwanese women's process of recovery from stillbirth: a qualitative descriptive study. *Res Nurs Health*. 2014;37(3):219-28. <https://doi.org/10.1002/nur.21594>
25. Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;13(14):203. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
26. Lin CH, Cheng KY, Chiang HH. Saying goodbye to the newborn: the unease and actions of nursing professionals in handling stillbirth care. *Hu Li Za Zhi*. 2015;62(1):29-38. <https://doi.org/10.6224/JN.62.1.29>