







# Atenção à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais da saúde



*Attention to women in the situation of intrauterine fetal death: experiences of health professionals*

*Atención a la mujer en la situación de muerte fetal en el útero: experiencias de los profesionales de la salud*

Taynara Caroline Serafim<sup>a</sup>   
 Beatriz Helena Naddaf Camilo<sup>a,b</sup>   
 Mariana Rodrigues Carizani<sup>c</sup>   
 Mariana De Gea Gervasio<sup>d</sup>   
 Diene Monique Carlos<sup>b</sup>   
 Natália Rejane Salim<sup>b</sup> 

## Como citar este artigo:

Serafim TC, Camilo BHN, Carizani MR, Gervasio MDG, Carlos DM, Salim NR. Atenção à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais da saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200249. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>

## RESUMO

**Objetivos:** Compreender as experiências de profissionais de saúde da atenção obstétrica em relação à situação de óbito fetal intrauterino.

**Método:** Estudo de abordagem qualitativa, do qual participaram 11 profissionais de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiaberta e submetidos à análise de conteúdo temática.

**Resultados:** A dificuldade dos/as profissionais em lidar com o tema e a sua invisibilidade durante a formação se mostrou desafiadora. A ausência de ambiência e as formas de organização da atenção refletiram no cuidado a mulheres e famílias que atravessam a situação de óbito fetal intrauterino. A falta de estratégias e espaços para o compartilhar entre profissionais se relacionaram diretamente ao sofrimento e sentimento de impotência perante os casos.

**Considerações finais:** Existe a necessidade do desenvolvimento de estratégias para mudanças no modelo e na organização do serviço diante de situações de óbito fetal, promovendo espaços que sejam produtores de acolhimento.

**Palavras-chave:** Morte fetal. Luto. Equipe de assistência ao paciente. Humanização da assistência. Saúde da mulher.

## ABSTRACT

**Objectives:** Understand the experiences of health professionals in obstetric care in relation to the situation of intrauterine fetal death.

**Method:** Study of a qualitative approach, in which 11 health professionals participated. Data were collected through semi-open interviews and submitted to thematic content analysis.

**Results:** The professionals' difficulty in dealing with the topic and its invisibility during the training proved to be challenging. The lack of ambience and the forms of organization of attention reflected in the care for women and families who are undergoing intrauterine fetal death. The lack of strategies and spaces for sharing among professionals was directly related to the suffering and feeling of helplessness in the cases.

**Final considerations:** There is a need to develop strategies for changes in the model and organization of the service in the face of situations of fetal death, promoting spaces that are welcoming producers.

**Keywords:** Fetal death. Bereavement. Patient care team. Humanization of assistance. Women's health.

## RESUMEN

**Objetivos:** Comprender las experiencias de los profesionales de la salud en atención obstétrica en relación con la situación de muerte fetal intrauterina.

**Método:** Estudio de un enfoque cualitativo. Once profesionales de la salud participaron en el estudio. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiabiertas. El análisis de datos se realizó a través del análisis de contenido temático.

**Resultados:** la dificultad para tratar el tema; la invisibilidad del tema durante el entrenamiento; La falta de ambiente las prácticas y la organización del servicio se presentaron como factores directamente relacionados con el cuidado de las mujeres y las familias que pasan por la situación de muerte fetal intrauterina. La falta de compartir entre el equipo revela que genera sufrimiento y un sentimiento de impotencia para los profesionales.

**Consideraciones finales:** Existe la necesidad de desarrollar estrategias para los cambios en el modelo y la organización del servicio ante situaciones de muerte fetal para promover espacios que sean productores anfitriones.

**Palabras clave:** Muerte fetal. Aflicción. Grupo de atención al paciente. Humanización de la atención. Salud de la mujer.

<sup>a</sup> Santa Casa de Misericórdia de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Enfermagem. São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), Residência em Enfermagem Obstétrica. Botucatu, São Paulo, Brasil.

<sup>d</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, São Paulo, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(1)</sup> define o óbito fetal intrauterino (OFIU) como a morte que acontece anteriormente à completa expulsão ou extração de um produto de concepção do corpo da mulher, independentemente da duração da gestação. Nesse caso, a morte é confirmada pelo fato de o feto, após essa separação, não apresentar respiração espontânea, batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária<sup>(2)</sup>.

Estima-se que anualmente ocorram 2,6 milhões de OFIU em todo o mundo. Desses casos, 98% ocorrem em países de baixa e média renda e geralmente estão relacionados a causas evitáveis. No cenário global a perda fetal recebe atenção insuficiente no contexto das políticas públicas de saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos; e a desvalorização desse evento reflete-se na escassez de análises em profundidade da realidade da atenção obstétrica<sup>(3)</sup>.

Estudo brasileiro que traçou um encadeamento histórico da mortalidade fetal no país mostrou que, apesar da análise indicar uma tendência estacionária, existe um longo percurso para que os índices recomendados internacionalmente sejam atingidos<sup>(4)</sup>. Ele aponta a falta de qualidade e informação dos registros e a necessidade de compreensão da qualidade dos serviços de atenção obstétrica para além da garantia do acesso aos serviços. Conforme a estratégia global *"Every newborn: an action plan"* ("Plano de ação para todos os recém-nascidos"), os países devem atingir uma taxa de 12 natimortos ou menos a cada mil nascimentos de forma a resultar em um média global de nove natimortos por mil nascimentos<sup>(5)</sup>. A taxa de mortalidade fetal no Brasil, entre 2001 e 2011, apresentou queda de 12,3/1000 nascimentos para 10,7/1000 no período<sup>(6)</sup>. Conforme dados do DataSUS<sup>1</sup>, em 2018 o país registrou 30.690 mil casos de óbito fetal, dos quais 27.700 ocorreram antes do parto, 1.361 durante o parto e 1.629 ignorados, apresentando em 2018 a taxa de 10,4/1000 nascimentos<sup>2</sup>.

Nesse contexto, é fundamental levar em conta as diferenças locais e os determinantes sociais de saúde. Investigação realizada em áreas remotas das regiões Norte e Nordeste do Brasil, com grande parte da população vivendo em áreas rurais e em situação de pobreza, mostrou iniquidades no acesso à saúde. A ocorrência de OFIU durante a gestação foi associada ao acompanhamento pré-natal inadequado, falta de vinculação entre o pré-natal e a maternidade e a

demora de atendimento durante o parto. O estudo indicou interações entre a cor da pele, situação socioeconômica e a peregrinação para o parto. Essas mulheres apresentaram maiores chances de pertencerem às classes econômicas D ou E<sup>(7)</sup>.

Nesse sentido, o óbito fetal é um problema de saúde pública complexo que integra questões sociais, econômicas e políticas. É necessário dar visibilidade aos impactos desse evento nos indicadores perinatais e na vida das pessoas que vivenciam esses casos, em especial às mulheres e sua família<sup>(8)</sup>. Diante da situação de perda fetal, os reflexos adversos na saúde mental de mães e seus familiares podem ser moderados por atitudes empáticas dos profissionais de saúde e adoção de práticas de cuidado que valorizem as experiências das pessoas que vivenciam essa situação<sup>(3)</sup>.

É possível observar a ausência de espaço nos processos de formação para pensar e problematizar as práticas de cuidado no âmbito dos casos de óbito fetal. Um estudo inglês realizado com graduandas de obstetrícia durante o último ano de formação mostrou que elas não se sentiam preparadas para lidar com as situações de perda perinatal, expressando dificuldades na comunicação com as famílias. Identificou, ainda, que as participantes indicaram a necessidade de mudança de papel diante de sua formação amplamente voltada ao acompanhamento de mulheres e seus bebês saudáveis na gestação, parto e nascimento com o enfoque na facilitação das relações de cuidado das mulheres com o recém-nascido. As participantes relataram que estar diante do nascimento de um bebê natimorto inativou esse papel profissional, exigindo uma nova postura<sup>(9)</sup>. Lidar com a morte é um desafio na atenção obstétrica, logo, compreender e problematizar essas questões é essencial para que o cuidado seja alicerçado nos direitos das mulheres e na integralidade da atenção, garantindo a elas e a seus familiares o atendimento de suas necessidades<sup>(10)</sup>.

Considerando o exposto, este estudo teve a seguinte questão principal: como profissionais que atuam na saúde da mulher têm lidado com as situações de óbito fetal? Entende-se que a compreensão das vivências desses casos e como os serviços de saúde se organizam diante da situação pode iluminar caminhos para a qualificação do cuidado na atenção obstétrica. Assim, o objetivo deste trabalho foi compreender as experiências de profissionais de saúde da atenção obstétrica em situação de óbito fetal intrauterino (OFIU).

## ■ MÉTODO

Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, que possibilita maior conhecimento e interação social com os participantes, resultando em um saber construído, fruto

<sup>1</sup> DATASUS. Notas técnicas. Óbitos fetais – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>

<sup>2</sup> Cálculo realizado com base nos dados do DATASUS:  $30.690 \times 1000 / \text{total de nascimentos em 2018} = 2.944.932$

do processo de troca entre os envolvidos<sup>(11)</sup>. O referencial teórico foi sustentado pela Política Nacional de Humanização com enfoque no conceito de ambiência<sup>(12)</sup>. Associado a um conjunto de iniciativas que combinam técnicas e subjetividades, esse conceito promove a construção de práticas a partir da integralidade, equidade e dos direitos na atenção à saúde, tendo como uma de suas diretrizes a organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, considerando tanto a dimensão física quanto a social, nas quais ocorrem interações e relações interpessoais. Nessa perspectiva, os espaços de saúde devem levar em consideração os valores culturais, as subjetividades, o contexto sociocultural e os direitos dos/das usuários/as<sup>(12)</sup>.

A humanização nesse contexto diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade, de solidariedade, de vínculos estabelecidos e de participação coletiva no processo de gestão<sup>(12)</sup>. Quando o conceito de humanização é traduzido em práticas no cotidiano dos serviços, leva à identificação das necessidades de mudanças nos processos de produção em saúde. Nesse aspecto, é importante refletir sobre a relação entre profissionais e usuários/as que acontecem nos diferentes cenários do cuidado, sendo a ambiência um conceito central para pensar nessas interações<sup>(13)</sup>. Assim, é fundamental problematizar o acolhimento das mulheres e suas famílias, bem como a organização dos serviços nesse processo.

O estudo foi desenvolvido em uma cidade do interior de São Paulo. Segundo o perfil dos municípios paulistas da Fundação Seade<sup>(14)</sup>, tem população de 242.632 habitantes. Sua taxa de mortalidade infantil, em 2018, foi de 9,26 óbitos por mil nascidos vivos. A rede de saúde é composta por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 21 Unidades de Saúde da Família (USF); 2 hospitais públicos, um dos quais possui uma maternidade<sup>(15)</sup>.

Participaram da presente pesquisa 11 profissionais que atuavam diretamente na atenção à saúde da mulher e atenção obstétrica (médicos, enfermeiras, enfermeira obstétrica, obstetritz, técnicas e auxiliar de enfermagem e psicóloga). A maioria dos/das entrevistados/as atuavam na atenção hospitalar. Apenas uma participante atuava como enfermeira na atenção primária, em uma Unidade de Saúde da Família. O número de participantes foi definido durante o desenvolvimento da pesquisa, a partir do aprofundamento das questões de interesse. Esses profissionais foram selecionados pela abordagem “bola de neve” e o contato com a primeira participante ocorreu em uma troca de plantão. Não foi estabelecida nenhuma relação caracterizada como íntima com os/as participantes antes do desenvolvimento do estudo. Foram incluídos/as profissionais com no mínimo um ano de atuação na atenção obstétrica no município,

levando em conta a importância do tempo de experiência na vivência da situação de óbito fetal. Foram excluídos/as profissionais que se encontravam afastados ou em período de férias durante a coleta de dados. Os dados foram coletados durante as entrevistas, com o auxílio de um formulário para caracterização dos/das participantes e um roteiro de entrevista semiaberta.

As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora, estudante de graduação em enfermagem, após orientação e capacitação, no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019. A graduanda recebeu supervisão contínua da orientadora.

As questões norteadoras foram: “Me conte sobre suas experiências na atenção aos casos de óbito fetal”; “Como é a assistência e quais práticas de cuidado você emprega nesses casos?”; e “Quais necessidades você identifica no serviço?”.

As entrevistas duraram entre 20 e 60 minutos e foram gravadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em local de escolha dos/as participantes: sala privativa no local de trabalho, cafeteria e residência dos/das participantes. Dois participantes solicitaram o envio das entrevistas em forma de texto, justificando dificuldades pessoais para participação presencial. Nesses casos o TCLE foi enviado por e-mail e assinado digitalmente.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, seguindo a perspectiva qualitativa proposta por Minayo<sup>(11)</sup>. Desse modo, primeiramente buscou-se a impregnação dos dados por meio da transcrição na íntegra dos relatos, seguida de leituras e releituras. Foi dado seguimento aos processos de ordenação e tipificação dos dados em um esforço reflexivo e compreensivo de valorização dos achados do campo. A última etapa compreendeu o exercício de síntese, com ênfase nos arranjos relevantes, de forma a privilegiar os sentidos expressos nas entrevistas.

A investigação, que seguiu as recomendações das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa envolvendo seres humanos, foi iniciada após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP – UFSCar; CAAE: 64171417.5.0000.5504) e anuência da instituição.

## ■ RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta dados de caracterização, formação e atuação dos/das profissionais. As falas foram identificadas com a inicial da ocupação, levando em conta a sequência que aparece na tabela.

Inicialmente foram encontrados seis temas, reagrupados em quatro temas centrais, após refinamento da análise, conforme a tabela 2.

**Tabela 1** – Caracterização dos/das participantes

Idade	Raça/cor autodeclarada	Gênero	Cargo	Tempo de atuação	Serviço de atuação
37	Preta	Feminino	Enfermeira (E1)	12 anos	Atenção primária
26	Parda	Feminino	Enfermeira (E2)	3 anos	Atenção hospitalar
30	Branca	Feminino	Enfermeira obstétrica (EO)	6 anos	Atenção hospitalar
25	Branca	Feminino	Técnica de enfermagem (TE1)	4 anos	Atenção hospitalar
40	Parda	Feminino	Técnica de enfermagem (TE2)	1 ano	Atenção hospitalar
23	Branca	Feminino	Técnica de enfermagem (TE3)	4 anos	Atenção hospitalar
40	Preta	Feminino	Auxiliar de enfermagem (AE)	3 anos	Atenção hospitalar
30	Branca	Feminino	Psicóloga (P)	4 anos	Atenção hospitalar
24	Branca	Feminino	Obstetiz (O)	1 ano	Atenção hospitalar
44	Branca	Masculino	Médico obstetra (MO1)	12 anos	Atenção hospitalar
47	Branca	Masculino	Médico obstetra (MO2)	1 ano	Atenção hospitalar

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

**Tabela 2** – Temas iniciais e finais

Temas iniciais	Temas finais
Atuação do profissional frente ao óbito	<b>1. Estar diante do óbito fetal: “Ainda não aprendi a lidar com isso.”</b> <b>2. Comunicação interpessoal: “Eu não sabia o que dizer...”</b>  <b>3. As práticas de cuidado e o lugar da mulher e da família: “A mulher só tem valor quando o bebê está vivo.”</b> <b>4. Ambiência como o espaço de encontros: “Um local sem pressa, onde haja um mínimo de privacidade e conforto.”</b>
Comunicação de más notícias	
Desafios na atenção aos casos de óbito fetal	
Organização do serviço e práticas de cuidado	
Desafios na estrutura física	
Profissional e pessoal	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

## 1) Estar diante do óbito fetal: “Ainda não aprendi a lidar com isso.”

A atuação do profissional frente aos casos de óbito fetal intrauterino está atrelada a valores, crenças, cultura e sentimentos. As situações de perda são vistas de múltiplas formas, levando em conta as subjetividades e os repertórios de vivências durante a trajetória de cada um. Os relatos desvelam as dificuldades para lidar com a situação.

*Antigamente a gente fazia os velórios dentro de casa. Isso foi sendo afastado de nós cada vez mais. A gente tem tentado não lidar com a morte e não olhar para aquilo que dói, e é da nossa cultura. (P)*

*É muito ruim, porque é algo difícil de lidar e a gente não aprendeu. Se tem alguma técnica, eu não sei como lidar com isso... A gente aprendeu a fazer pré-natal e pré-natal as crianças nascem. E nesse caso não. (E1)*

Diante dessa situação, as/os profissionais expressam sensação de impotência, evidenciam sofrimento da equipe de saúde e indicam as convergências entre os aspectos profissional e pessoal.

*Eu e a outra enfermeira não sabia lidar. Porque ela chorava muito, o esposo dela chorava muito porque eles queriam muito esse bebê. Eu lembro que eu passei o plantão chorando e falei que não queria mais voltar... ainda não aprendi a lidar com isso. (E2)*

*Quando a gente cuida, o nosso psicológico tem que estar preparado pra lidar com a perda, ter um equilíbrio emocional. Só que nesses momentos, por mais que a gente segura, a gente controle, o nosso humano acaba vindo à tona e a gente se encontra também na mesma situação que a paciente... porque a gente jamais deseja que aconteça isso [...] é algo difícil pra poder enfrentar. (TE1)*

O sentimento de medo e o mecanismo de negação colocam à prova as próprias condutas e evidenciam as dificuldades da/do profissional de confirmar o óbito, quando está diante da mulher que passa por essa situação.

*Tentei tranquilizar a mãe, mas, assim, quando eu não auscultei, eu fiquei uns 20, 30 minutos tentando auscultar. Porque a primeira coisa que você pensa é que tem alguma coisa de errado, mas com o meu procedimento,*

*não que o bebê realmente esteja morto. Aí eu percebi que não, que eu estava apalpando corretamente, que era ali mesmo que eu tinha que auscultar, né? Morrendo de medo! (E.1)*

A dificuldade em lidar com a situação, de não saber o que fazer e a falta de preparo também se apresentam na forma de “terceirização” do cuidado e da falta de responsabilização.

*O que eu vejo muito é você passar a bola para outro profissional. Você vai lá, você identifica que aquela mulher não tá bem ou tem alguma coisa que não tá, ou porque ela tá abalada ou porque ela ainda não conseguiu processar toda informação. Então é sempre assim: “Ah, eu ligo para assistência social”; “Ah, eu ligo para o serviço de psicologia”. Mas eu, enquanto profissional, não abordo essa mulher da forma como teoricamente eu deveria estar preparada para abordar. (O)*

Enfrentar rapidamente o caso e realizar os procedimentos considerados necessários também são percebidos como subterfúgios pelas/pelos profissionais, uma vez que não conseguem encarar a situação de dor e sofrimento.

*A gente entra na maternidade e sente aquele clima, e o que acontece é que a equipe mesmo em si não está preparada para enfrentar aquela dor. E, aí, ninguém quer ver e quando você se nega a ver, você quer tirar aquele problema logo da sua frente... No caso, é levar o neném logo para o necrotério, né? Tirar logo aquilo dali porque assim eles não sentem, eles não sofrem. (P)*

Os relatos indicam que as resistências em lidar com as situações de óbito fetal também se relacionam com a falta de contato com a temática nos processos de formação em saúde, seja na dimensão acadêmica, seja na dimensão profissional.

*A equipe não está preparada de maneira alguma... Não só em questão de formação, mas questão de instituição também: não tem nenhum trabalho em relação a isso. Acho que até a sensibilização, não existe. (O)*

*Eu nunca tive algum acompanhamento e nem treinamento pra poder lidar com isso, (...) não tem esse preparo. Acho que deveria ter, acho legal a educação continuada; como tem acontecido com outros temas, deveria ter sobre óbito fetal também. (E2)*

A análise permitiu, ainda, observar uma percepção geral de que há necessidade de um espaço de troca entre a equipe que seja protegido, permitindo o compartilhamento de suas experiências. Esse espaço permitiria a discussão de novas estratégias de atendimento e abordagem aos casos de óbito fetal.

*É necessário falar mais sobre isso no ambiente do trabalho... O trabalhador precisa de espaços protegidos em sua carga de trabalho para falar sobre isso. E precisamos falar sempre porque não deve ser um tabu ou assunto velado. (MO1)*

## 2) Comunicação interpessoal: “Eu não sabia o que dizer...”

A comunicação como ato inerente das relações de cuidado se mostra de maneira conflituosa nos relatos sobre o óbito fetal. Os participantes evidenciam as dificuldades de comunicar às mulheres e suas famílias a difícil notícia. Diante da perda precoce, falas baseadas em concepções preconcebidas também são utilizadas como forma de consolo. Os relatos mostram uma reflexão do quanto esse tipo de comunicação dificulta a interação com as mulheres que vivenciam esse processo.

*A gente tem aquelas saídas, né? “Ah vai ver aconteceu isso porque ele tinha alguma má-formação que era incompatível com a vida, né? Pensa: poderia nascer um bebezinho com algum problema, que durasse pouco tempo”... Mas a gente sabe que isso não conforta. (E1)*  
*Quando você fica pensando nessas frases elaboradas, no que dizer ou não dizer, você acaba ferindo mais do que ajudando. Essa notícia precisa ser dada de forma amparada. (P)*

Uma das participantes compartilhou as dificuldades comunicacionais que teve, quando ainda era estudante, durante o atendimento de uma haitiana. Sua experiência trouxe para a conversa a necessidade de se pensar em estratégias e formas de comunicação diante das diferentes mulheres e demandas.

*Ela não tinha entendido que ela tinha um óbito, que o bebê já não estava mais vivo. Porque as pessoas explicaram, mas explicaram em português e ela não entendeu nada... Sabia que tinha alguma coisa acontecendo, mas não sabia o quê! Eu não falava a língua dela e a*

*primeira questão foi essa, a gente receber uma paciente com diagnóstico de óbito fetal que mal tinha entendido o diagnóstico, foi uma situação bem complicada. (O)*

Os/as profissionais discutem diferentes estratégias para dar a notícia do OFIU, o que é importante nesse momento e como acontecem no cotidiano dos serviços.

*Procuro colocar a gestante e seus familiares em sala com privacidade; utilizar linguagem objetiva e adequada ao seu nível de compreensão. Uma das estratégias é verificar se a gestante, familiares estão preparados para receber a notícia e avaliar periodicamente a compreensão do que foi dito, agindo com empatia para as reações que possam surgir. (MO2)*

*Eu lembro que eu perguntei pra ela: “Como é que você tá?” E deixei ela falar, porque eu não tinha nada pra falar, né? Nada que eu falasse iria confortar ou mudar aquela situação. (E1)*

Comunicar a notícia do óbito fetal, na maioria das vezes, é atribuição da equipe médica, o que leva à compreensão de uma necessária reflexão acerca do papel da comunicação e da equipe de saúde diante desses casos.

*E aí a notícia inicial, pelo menos em todos os casos que eu presenciei, foram os médicos que deram essa primeira notícia. No meu caso, de qualquer forma, eu sempre que volto para essa mulher ou quando ela volta para mim, depois do diagnóstico, eu confirmo se ela entendeu, se explicaram direito. (O)*

*Eles [médicos] já estão acostumados, sabe? Faz anos que estão nessa profissão. Então, pra eles, é mais uma intercorrência. Mas a gente que tá ali na enfermagem, que tem que ficar prestando assistência nos cuidados e nas medicações, a gente acaba se envolvendo mais. (AE)*

## 3) O lugar da mulher e da família nas práticas de cuidado: “A mulher só tem valor quando o bebê está vivo.”

Neste tema são apresentados os modos pelos quais as práticas de cuidado acontecem nos serviços diante da situação de perda fetal. Os relatos mostram as tensões que emergem diante do dilema entre seguir prescrições e protocolos e promover o acolhimento necessário a essas mulheres e suas famílias durante a difícil travessia.

*A pessoa chega lá, o médico faz a prescrição, a enfermeira vai lá, faz o que tem que fazer, sabe? Tá muito automático... (AE)*

*Quando vêm os bebês em óbito fetal e não tem o sigilo, aquela questão que todo mundo vai lá ver o corpo, e não tem o respeito nem com o corpo e nem com os familiares. (TE1)*

*Acho que as pessoas acabam lidando com isso como se fosse rotineiro, e não como: "Ah, essa mulher precisa de uma ajuda específica!" É mais como: "Coloca o Misoprostol, coloca o Misoprostol, coloca o Misoprostol e espera nascer." (TE3)*

*E também saber se essa indução foi oferecida de maneira que ela entendeu e topou, porque ela quis; ou foi uma indução proposta impostamente pela equipe do tipo: "Olha, isso aqui é melhor porque, na cesárea, seu bebê já está morto, mas aí você pode morrer também". Porque acontece muito isso... (O)*

As condutas diante da situação de óbito fetal implicam lidar com um cenário complexo de nascimento, que muitas vezes envolve tensões que se traduzem nas práticas. E esse processo de nascimento precisa ser problematizado, inclusive para viabilizar a adoção de modos de cuidado que contribuam para o alívio da dor e estimulem o trabalho de parto.

*Tento conduzir como se fosse um trabalho de parto mesmo: tento aliviar a dor da paciente, tento estimular alguns movimentos pra que esse parto possa acontecer também de uma maneira mais rápida. (TE3)*

*Eu tenho toda a questão de abrir partograma, de ter de fato um acompanhamento porque é um trabalho de parto; você não tem os parâmetros fetais, mas tem os parâmetros maternos. Eu não vejo nenhum outro profissional abrindo partograma, isso dentro da maternidade, para óbito fetal. Eu nunca vi. (O)*

As peculiaridades do trabalho de parto de um bebê natimorto demandam formas diferenciadas de atenção. A ausência de práticas rotineiras, como o acompanhamento dos batimentos cardíacos fetais, muitas vezes, acaba levando à percepção de que essas mulheres são negligenciadas.

*Parece muito, assim, que a mulher só tem valor quando o bebê está vivo; se o bebê está morto, a mulher é ignorada – e isso desde o momento da internação. Porque quando se tem um bebê vivo, você fica preocupada com aquela questão de ausculta [...] tem que estar ali o tempo todo. E quando o bebê não está vivo? As pessoas*

*não vão até a mulher, muitas vezes já pegam o caso evoluído e dão continuidade sem a atenção devida para aquela mulher. (O)*

As dificuldades em lidar com o OFIU acabam conformando a tese de que algumas práticas de atenção à saúde são "desumanas". Nesse ponto, o nascimento e o contato com o bebê são vistos como eventos que geram mais sofrimento.

*Às vezes o parto é induzido. Acho que não deveria induzir, é muito sofrimento. Eu vi o parto, ela teve o bebê por parto normal, sofreu todas as dores, e eu acho essa parte desumana. Depois, ela ter ficado com o bebê ali, o pai ficou chorando, a mãe ficou chorando, toda a família ali vendo, né? Eu acho que isso não tem a necessidade de ter. (TE2)*

*Foi um OF de um gemelar. Ela [mãe] queria ficar beijando esse bebê, tirando foto com esse bebê, e a gente não conseguia nem tirar o bebê dela. Foi uma coisa muito triste: ela estava em cima da mesa do centro obstétrico, ela chorava, chorava e chorava... ela queria que fotografasse, mas os dois conversaram e aí não fotografaram. (E2)*

Por outro lado, a importância do contato com o bebê e de respeitar o tempo e o desejo da mulher e da família também são colocadas como práticas de cuidado que devem ser priorizadas.

*Duas coisas que presto muita atenção: essa questão da evolução do trabalho de parto e, depois do nascimento, o que a mãe quer fazer com corpo: se ela quer ter acesso a ele, se ela quer que encaminha pra SVO [Serviço de Verificação de Óbito] ou não. Já aconteceu de um óbito fetal, que eu acompanhei aqui, da mulher ficar com bebê mais de uma hora no quarto; depois ela falou: "Olha, agora pode levar". (O)*

*Agimos de acordo com a vontade dos pais e familiares, deixando o corpo certo tempo no quarto com os pais ou no centro obstétrico, se assim for o desejo de ambos. (EO)*

*Assim, quando tem o óbito e é realizado a cesárea ou o parto normal, as meninas do berçário, geralmente, elas preparam o corpo e vão até a mãe e seus familiares e perguntam se querem ver; e aí é onde elas tomam a conduta: se eles falarem que não, elas esperam mais um pouco, porque muitas vezes pode acontecer essa questão deles voltarem atrás e querer ver o corpo. (TE1)*

*Esse momento em que a mãe fica com o neném que faleceu é importante, porque ela viu, ela pôde ficar, ela pôde pegar, ela pôde vestir, por uma fraldinha, ela pôde*

*cheirar as coisinhas do neném. Esse momento é muito importante para a elaboração do luto dela, pra ela entender o que aconteceu, porque é um processo muito rápido né? Ela estava gestante, tinha sonhos e expectativas, desejos, de repente isso não vai mais acontecer. (P)*

Os relatos indicam a existência de procedimentos e regras que precisam ser seguidos após o óbito, mas, mesmo nesses momentos, deve-se levar em conta as particularidades das mulheres e seus familiares que vivenciam o OFIU.

*Tem a questão também de que, às vezes, os familiares não estão presentes na hora que mostra pra mãe; e depois eles querem ver. Só que aí já embalou o corpo. E, aí, é triste porque tem que descer pra conversar pra ver se pode abrir de novo. Se ainda o corpo estiver lá, dá pra abrir pra mostrar para o familiar; mas se o corpo não estiver, aí não tem como. (TE1)*

Dificuldades durante a realização dos processos burocráticos pós-óbito mostram relação direta com as formas como os serviços se organizam diante desses casos.

*Porque tem que levar esse bebezinho da maternidade, atravessar a rua com ele até o SMU [Serviço Médico de Urgência]. Não acho isso certo, mas infelizmente essa é a dinâmica que a gente tem aqui. Não tem um lugar aqui para que fique o bebê, então, é encaminhado até o necrotério. Então, depois que troca essa criança, o pai tem que ir junto com o funcionário até o SMU com o corpinho do bebê; vai no colo, vai enroladinho no paninho. (E2)*

*Elas [enfermeiras da unidade neonatal] preparam esse corpo pra mandar ou pra vala ou, caso de velório, tem um termo que tanto um dos familiares, que geralmente é o pai, que leva no SMU assinado, comprovando que ele viu a preparação e pra garantir que não tenha nenhum problema, depois, com a papelada e até mesmo pra comprovar o óbito, que eles tem que dar... o atestado de óbito. E aí também é uma coisa difícil, porque às vezes essa mãe não tem ninguém perto que possa estar ajudando. É uma parte bem burocrática. (TE1)*

A continuidade do cuidado dispensado a essas mulheres e famílias é colocada como papel da atenção primária em saúde, que deve pensar estratégias e atuação em uma perspectiva multiprofissional.

*Logo depois que ela recebeu alta da maternidade, nós fizemos visita; ela estava bastante abalada. Porque de*

*fato a gente sofre com elas, quando a gente faz visita na casa. A atenção primária tem muito isso, né? A maternidade faz o procedimento, ela fica 2 ou 3 dias e, depois, ela volta. E é a gente que vai lidar com essa mulher, né? Na vida dela. Porque a gente continua sendo referência para ela, mas a gente não tem apoio pensando em outras ferramentas, em uma equipe multiprofissional. (E1)*

Outra questão expressa diz respeito à investigação dos desfechos de óbitos e as práticas neles envolvidas, principalmente nos casos em que ocorrem intraparto, como meio de entender a situação de forma aprofundada e não de culpabilização de pessoas. As falas indicam a necessidade de se pensar dispositivos institucionais de acompanhamento desses eventos.

*Esse caso entrou para o protocolo de Londres e, aí, identificou que demorou pra fazer a intervenção cirúrgica. O objetivo não é apontar pessoas, mas discutir o que poderia ter sido feito a mais ou a menos, ou que, enfim, medidas que poderiam ter sido adotadas para evitar aquele desfecho [...] eu nunca vi devolutiva dos comitês [de morte materna]. Então, tipo assim: "A gente, enquanto comitê, detectou que não está sendo feito tal coisa para essas mulheres". Nunca vi retorno. Eu sei que vai da maternidade para lá, mas de lá pra cá nunca volta nada. (O)*

#### **4) Ambiência como espaço de encontros: "Um local sem pressa, onde haja um mínimo de privacidade e conforto."**

As instituições nem sempre possuem um local apropriado para o momento de comunicar e acolher a família em situação de óbito fetal. Pensar em novas formas de organização do serviço se apresenta como um desafio.

*Existe um ponto que é muito importante: um local onde o casal ou família possa se manifestar, estar minimamente confortável, chorar, aguardar, ter o seu tempo [...], um local sem pressa, onde haja um mínimo de privacidade e conforto. (MO1)*

A mulher que vivencia o OFIU nem sempre tem a oportunidade de permanecer em um quarto individual durante o período de internação, separada apenas por cortinas ou biombos de outras mulheres grávidas ou que estão com seus bebês saudáveis.



*Já vi situações em que a mãe tem óbito fetal e ter que colocar o biombo porque está dividindo quarto com mais duas pacientes gestantes. (TE1)*

*[...] a gente deveria ter no hospital um local um pouco mais afastado da maternidade, porque ali no quarto você fica escutando chorinho de neném. Então, talvez se tivesse um leito mais afastado a mãe conseguisse ficar mais à vontade. (P)*

Em relação ao ambiente, é importante dizer que a instituição não dispõe de nenhuma sala de apoio nem para que a mulher e sua família permaneçam após o recebimento da notícia e nem até que ela seja remanejada para um quarto de internação. Com isso, muitas vezes a mulher é obrigada a permanecer no mesmo local em que outras gestantes aguardam atendimento.

*[...] eu acho, sim, que nós deveríamos ter uma sala de apoio, até esse quarto ser liberado e a gente poder levar essa mulher pra lá. Porque a mulher já tá sofrendo, acabou de descobrir que o bebê não está mais vivo e ela ainda tem que passar por esse trauma de ver outras pessoas chegando [no pronto atendimento do serviço]. (E2)*

*Elas ficam no mesmo lugar que as outras mulheres em trabalho de parto, e muitas vezes não tem quarto pra deixarem elas sozinhas. E aí elas têm que dividir o quarto com outra paciente, que têm que ficar auscultando batimentos cardíacos fetais de hora em hora. Ficam separadas só por um biombo ou cortina, quando tem. Então, acho que estruturalmente falando é muito pior. (TE3)*

Os profissionais relatam o desconforto que essa falta de privacidade traz para eles e para as mulheres e seus familiares, interferindo na qualidade da interação com eles.

*[...] fica aquela situação desagradável que você tem que levar o corpo pra mãe ver ali no quarto aonde tem mais duas pacientes gestantes e os acompanhantes dessas duas pacientes, [...] não tem estrutura nenhuma pelo que eu vejo, principalmente do local. (TE1)*

## ■ DISCUSSÃO

Os achados deste trabalho mostram que múltiplos elementos estão envolvidos na forma como a equipe de saúde lida com as situações de óbito fetal e como é produzido o cuidado às mulheres e famílias que vivenciam essa situação. Culturalmente, a maternidade está associada à felicidade, logo a perda de um bebê impacta de maneira desafiadora

todos os atores envolvidos nesse processo. Dificuldades em lidar com a situação são evidenciadas e traduzidas na adoção de uma postura defensiva das/os profissionais. No campo da saúde, estudos apontam que atitudes como o distanciamento e a hostilidade se relacionam a mecanismo de autoproteção, em consequência da dificuldade desses profissionais de lidar com as próprias emoções e concomitantemente desempenhar o seu papel<sup>(16-17)</sup>. A falta de repertório e suporte para agir diante dessas situações se mostraram presentes no cotidiano de trabalho.

Impasses se mostram no momento de dar a notícia difícil e estabelecer uma interação com as mulheres e famílias que vivenciam o óbito. As dificuldades comunicacionais têm relação com a ausência de sensibilização e capacitação na temática durante a formação profissional<sup>(9,10)</sup>. Conforme este e outros estudos, além da falta de preparo existem barreiras relacionadas ao ambiente físico dos serviços e às formas de organização do trabalho que dificultam o desenvolvimento de maneiras diferenciadas de acolhimento. Isso impacta negativamente a criação de vínculos entre a família e a equipe de saúde, o que perpetua a sensação de perda, culpa e abandono<sup>(10,17)</sup>.

A necessidade de pensar as práticas de cuidado levando em conta os fatores relacionados à dinâmica e à forma de organização da atenção obstétrica é desvelada nas falas da equipe de saúde. No âmbito internacional são encontrados protocolos norteadores da atuação em situações de óbito fetal e de diretrizes de cuidado, como o *guideline* sobre OFIU do Royal College of Obstetricians & Gynaecologists<sup>(18)</sup>. Um dos pontos centrais apontado no documento é que a equipe de saúde deve identificar e reconhecer os sentimentos e emoções das mulheres e famílias, bem como a compreensão das suas necessidades e seus desejos. Para isso é necessário que o cuidado seja pautado na empatia e na valorização das experiências. Ainda discute o emprego de formas que possibilitem a continuidade do cuidado, estando alerta para o fato do risco de transtornos psicológicos incluindo o estresse pós-traumático<sup>(18)</sup>.

De acordo com os/as participantes, há pouco espaço para discutir estratégias de atenção às mulheres e suas famílias em situação de óbito fetal. A ambiência como um componente fundamental das interações de cuidado é pouco valorizada no cotidiano dos serviços de saúde. Outros estudos têm indicado que, muitas vezes, a falta de privacidade e de espaços protegidos e facilitadores de acolhimento reflete negativamente na experiência do luto<sup>(10,17)</sup>. Nesse contexto, o conceito de ambiência proposto pela Política Nacional de Humanização é mais que um aparato físico; ele é um espaço social que vai além de composições técnicas, levando em conta as situações que se constroem no cotidiano por meio

das práticas que permitem confortabilidade e produção de subjetividades<sup>(12)</sup>.

As práticas de cuidado desenvolvidas e alicerçadas na ambiência são capazes de fomentar os direitos das mulheres e da família, como o direito da permanência de mais de um acompanhante conforme o desejo da mulher e a garantia de um quarto privativo. Segundo estudo desenvolvido com casais que vivenciaram o óbito fetal, a sensibilidade do profissional para explicar as situações, as opções disponíveis e a possibilidade de criação de memórias são cruciais ao longo do processo de adaptação e elaboração do luto<sup>(10)</sup>.

O contato com o bebê após o nascimento e o ato de registrar/guardar uma recordação têm sido estimulados e encorajados nos espaços de atenção obstétrica por ter impacto positivo no processo de luto. Estudos discutem o papel da equipe de saúde no incentivo para que mães e seus parceiros/as tenham a possibilidade de criar memórias de seus filhos, seja através de vídeos e fotos e mechas de cabelo, seja pelo ato de ver e pegar o bebê após o nascimento, banhá-lo e trocá-lo, garantindo que seja chamado pelo nome e apresentado à família<sup>(17-18)</sup>. Nessa reflexão é fundamental que as mulheres e suas famílias conheçam seus direitos, suas possibilidades de escolha e que tenham a garantia de receber informações específicas e de maneira acessível.

Por meio das vivências dos/das profissionais, este estudo demonstrou que faltam diretrizes assistenciais para o acompanhamento de casos de óbito fetal intrauterino. Uma questão que gera tensão e discordância está relacionada à via de parto, uma vez que o OFIU por si só não caracteriza indicação de cesariana. A cesárea sem indicação pode trazer agravos e complicações à saúde das mulheres, especificamente nas situações de óbito fetal, quando a eles se somam o difícil processo de elaboração do luto, no período pós-parto, o adiamento do planejamento e possibilidade de nova gestação e o aumento das chances de cesariana na gravidez posterior<sup>(8)</sup>. É importante dizer que existem desafios no trabalho de parto de um bebê que veio à óbito e na interação com todos os processos nele envolvidos, o que reforça a necessidade de sensibilização e capacitação da equipe. A possibilidade de lidar e acompanhar esse processo como um trabalho de parto. Conforme relato de uma das participantes desse estudo o oferecimento de técnicas para o alívio da dor e o registro da evolução do parto permite a detecção de riscos, além de possibilitar a aproximação com a mulher e a família, o que pode refletir positivamente na elaboração do luto.

Diante do fato de os serviços de atenção obstétrica lidarem com mais nascimentos de bebês a termo e saudáveis, as mulheres que vivenciam o óbito fetal muitas vezes são negligenciadas durante o processo de nascimento; existe

uma escassez do registro de informações sobre esses acompanhamentos. Desse modo, a vigilância dos casos de OFIU é um componente essencial para a investigação e identificação de fatores relacionados aos casos porque que auxilia no aperfeiçoamento de informações, possibilita discussão entre equipe multiprofissional e define medidas de prevenção e de melhorias na atenção obstétrica<sup>(19-20)</sup>.

Ao enfatizar o conceito de ambiência como facilitador do processo de trabalho, a construção e disponibilização de redes de apoio e de espaços de troca interprofissionais são essenciais para facilitar a interação entre a equipe de saúde, permitindo o compartilhar de experiências no cuidado e a identificação das necessidades de mudanças de práticas<sup>(12)</sup>.

Discutir essa temática é uma forma de fortalecer as práticas de cuidado. Isso porque a ambiência na perspectiva da humanização favorece o modelo de atenção centrado nas mulheres, bebês e famílias que vivenciam esse processo e, ao mesmo tempo, amplia as possibilidades de compreensão das angústias, dos desafios e das barreiras que as equipes enfrentam no cotidiano dos serviços. É importante ressaltar que os casos de óbito fetal necessitam de atenção específica e contínua para que possam acontecer investimentos em prevenção e cuidado nos diferentes níveis da atenção ao evento.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde que trabalham na atenção obstétrica enfrentam muitas dificuldades ao lidar com casos de perda fetal e com o processo de luto. Isso se relaciona com a falta de visibilidade do tema nos processos de formação. A ausência de treinamentos, a fragmentação do cuidado, as infraestruturas precárias, a ausência de protocolos institucionais e a falta de espaços de troca coletivos expressam a ausência de um modelo de atenção integral e humanizada diante desses casos. A necessidade de educação permanente e apoio institucional aos profissionais ficou evidente na falta de suporte emocional e psicológico para as mulheres e suas famílias e para os profissionais envolvidos na sua atenção. Além disso, é necessário fomentar na assistência a oportunidade de a equipe discutir e refletir sobre os eventos que ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde.

A inserção do tema na formação dos profissionais também é urgente. A construção de uma rede de atenção fortalecida para esses casos se mostra de fundamental importância. Este estudo teve limitações relacionadas à recusa de alguns profissionais da atenção primária em participar da pesquisa devido ao tema, seja por timidez ou desconforto em reviver essas situações – apenas uma participou. Assim, ouvir mais profissionais da atenção primária é essencial para pensar

a continuidade do cuidado das mulheres e famílias que passam pelo óbito fetal.

Apesar das limitações, os resultados trazem importantes contribuições para o campo da Enfermagem e da saúde por meio das vivências de cuidado. A construção de estratégias fundamentadas no acolhimento e na qualificação dos cuidados para as mulheres precisa ser continuamente pautada. Evidencia-se a necessidade de novas pesquisas que analisem as percepções e experiências de mulheres e famílias que atravessam o luto decorrente de óbito fetal intrauterino nos diferentes níveis de atenção à saúde.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2019 ago 10]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)
2. World Health Organization (CH). The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. Geneva: WHO; 2016 [cited 2020 Jul 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf;sequence=1>
3. De Bernis L, Kinney MV, Stones W, ten Hoop-Bender P, Vivio D, Leisher SH, et al. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *The Lancet*. 2016;387(10019):703-16. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X)
4. Barros PS, Aquino EC, Souza MR. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. *Rev Saúde Públ*. 2019;53:12. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000714>
5. World Health Organization (CH). EveryNewborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: WHO, UNICEF; 2014 [cited 2020 Jul 5]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127938/9789241507448_eng.pdf?sequence=1)
6. Barbeiro FM, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira MSS, Silva FP, Ventura PM, et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Públ*. 2015;49:22 doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005568>
7. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr PRB. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. *Rev Saúde Públ*. 2017;51:12. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006391>
8. Gonçalves R, Brigagão JI, Silva BM, Oliveira CG, Lima Santos JD. Análise dos fatores associados ao óbito fetal intrauterino nos casos atendidos em um hospital público. *Revista Saúde-UNG-Ser*. 2019;30(13):22-31. doi: <https://doi.org/10.33947/1982-3282-v13n3-4-4149>
9. Alghamdi R, Jarrett P. Experiences of student midwives in the care of women with perinatal loss: a qualitative descriptive study. *BJM*. 2016;24(10):715-22. doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.10.715>
10. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The impact of stillbirth on bereaved parents: a qualitative study. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191635. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
11. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-6. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2019 ago 10]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf)
13. Ferreira LR, Artmann E. Pronouncements on humanization: professionals and users in a complex health institution. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23:1437-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>
14. Fundação Seade (BR). São Paulo; c2018-2020 [citado 2019 out 10]. Perfil dos municípios paulistas; [aprox 1 tela]. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/#>
15. Secretaria de Saúde de São Carlos (BR). São Carlos; c2019- [citado 2019 dez 10]. Programa Saúde da Família – PSF; [aprox 1 tela]. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>
16. Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*. 2016;387(10018):604-16. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
17. Shorey S, Andre B, Lopez V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2017;68:25-39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.007>
18. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (UK). Late intrauterine fetal death and stillbirth. London: RCOG; 2010 [cited 2019 Aug 10] Available from: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_55.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf)
19. Rêgo MGS, Vilela MBR, Oliveira CM, Bonfim CV. Perinatal deaths preventable by intervention of the Unified Health System of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0084. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0084>
20. Kerber KJ, Mathai M, Lewis G, Flenady V, Erwich JJHM, Segun T, et al. Counting every stillbirth and neonatal death through mortality audit to improve quality of care for every pregnant woman and her baby. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15 Suppl 2:S9. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-15-S2-S9>

■ **Agradecimento:**

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela bolsa de Iniciação Científica concedida (Processo nº 17/02172-4).

■ **Contribuição de autoria:**

Investigação; Curadoria de dados; Escrita rascunho original: Taynnara Caroline Serafim.

Escrita-rascunho original: Beatriz Helena Naddaf Camilo.

Escrita-rascunho original: Mariana Rodrigues Carizane.

Análise formal; Escrita - revisão e edição; Visualização: Mariana De Gea Gervasio.

Análise formal; Escrita - revisão e edição; Visualização: Diene Monique Carlos.

Supervisão; Metodologia; Análise Formal; Escrita-revisão e edição: Natália Rejane Salim.

■ **Autor correspondente:**

Natália Rejane Salim

E-mail: nat.salim@ufscar.br

Recebido: 10.07.2020

Aprovado: 05.10.2020

**Editor associado:**

Helga Geremias Gouveia

**Editor-chefe:**

Maria da Graça Oliveira Crossetti