

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

PATRÍCIA DE MIRANDA MOURA

**CONTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
MULTIPROFISSIONAL AO ÓBITO PERINATAL: UM ESTUDO METODOLÓGICO**

CURITIBA - PR

2025

PATRÍCIA DE MIRANDA MOURA

**CONTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
MULTIPROFISSIONAL AO ÓBITO PERINATAL: UM ESTUDO METODOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica da Escola de Saúde Pública do Paraná-ESPP /Secretaria de Estado da Saúde- SESA como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ma Fabíola Schirr Cardoso

CURITIBA - PR

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

M929c

Moura, Patrícia de Miranda

Construção e Validação de Protocolo de Atendimento
Multiprofissional ao Óbito Perinatal: um estudo metodológico /
Patrícia de Miranda Moura. Curitiba, 2025.
93 f.

Trabalho de Conclusão (Programa de Residência de
Enfermagem Obstétrica), Escola de Saúde Pública, Secretaria de
Estado da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Ma. Fabíola Schirr Cardoso

1. Perda Perinatal. 2. Natimorto. 3. Morte Fetal.
4. Humanização da Assistência. I. Autor. II. Título. III. Orientador.

CDD: 618.392 (23 ed.)

Ficha catalográfica elaborada por Elaine Cristina Itner Voidelo CRB9/1239

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 21 DE FEVEREIRO DE 2025

O trabalho intitulado **CONTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO ÓBITO PERINATAL: UM ESTUDO METODOLÓGICO** de autoria do residente **PATRÍCIA DE MIRANDA MOURA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica.

Profa. Ma. Louise Bueno Lelli Tominaga
Coordenadora de TCR

Profa. Ma. Fabíola Schirr Cardoso
Orientadora do TCR

Profa. Dra. Priscila Meyenberg Cunha Sade
Avaliador Interno do TCR

Profa. Ma. Adriana do Rocio Vendrametto Marçal
Avaliador Externo do TCR

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO GERAL	11
3 METODOLOGIA	12
3.1 Modelo de estudo	12
3.2 Aspectos éticos	12
3.3 Universo da pesquisa	13
3.4 Etapas metodológicas, análise e apresentação dos dados	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
4.1 Revisão da literatura e fundamentação teórica	17
4.1.1 Definição de óbito perinatal	17
4.1.1.1 Principais causas de óbito perinatal	18
4.1.2 Taxa de mortalidade perinatal (TMP) e seu impacto na avaliação dos indicadores de assistência materno-infantil	19
4.1.3 Panorama do óbito perinatal no mundo, no Brasil, no Paraná e em Curitiba .	20
4.1.4 Definição do luto e estágios que o compõe	20
4.1.4.1 Presença do luto perinatal na maternidade	22
4.1.5 Impacto do luto perinatal nos profissionais da saúde	23
4.1.5.1 Falta de preparo da equipe multiprofissional para lidar com o óbito perinatal.....	24
4.1.6 A Teoria de Cuidados de Swanson na assistência obstétrica durante a perda perinatal	25
4.1.7 Atuação do enfermeiro na estruturação de um protocolo assistencial.....	27
4.1.8 Diretrizes de apoio para a elaboração do protocolo de óbito perinatal	27
4.2 Construção do Instrumento- Protocolo de óbito perinatal	34
4.3 Validação do protocolo de óbito perinatal	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS	53
APÊNDICES	56

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma- etapas da pesquisa.....	14
Figura 2. Diretrizes de apoio.....	28
Figura 3. Caixa de memórias feita em uma maternidade pública do Paraná.....	30
Figura 4. Domínio de linguagem e compreensão do protocolo.....	36
Figura 5. Domínio de clareza nos pontos abordados no protocolo.....	37
Figura 6. Domínio de relevância dos pontos abordados no protocolo.....	37
Figura 7. Domínio de viabilidade de implementação do protocolo na maternidade	38
Figura 8. Mnemônico acrescentado na versão final do instrumento.....	40
Figura 9. Fluxograma de atendimento em casos de óbito fetal- Febrasgo.....	42
Figura 10. Plano de cuidados incluído na versão final do instrumento.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição de frequência absoluta e relativa de respostas da validação de conteúdo ao instrumento.....	39
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características do grupo de juízes- Curitiba/ PR- Brasil.....	35
--	-----------

RESUMO

Introdução: o óbito perinatal inclui a morte de um nascido vivo até 7 dias de vida e o óbito fetal (quando o óbito ocorre entre a 22^a semana completa de gestação ou mais). Lidar com a morte é um desafio para todos, principalmente dentro de uma maternidade, saber como comunicar, respeitar e acolher os familiares é um conhecimento essencial para a promoção de um cuidado humanizado em saúde. Atualmente no Brasil não há diretrizes de apoio para mortes neonatais, os serviços de saúde e as equipes que os compõem lidam com a situação de acordo com a sua crença ou ao que lhe convém.

Objetivo: Validar um protocolo institucional elaborado a partir das informações e recomendações obtidas nas literaturas existentes referente ao atendimento às mulheres enlutadas pela perda de um bebê. **Método:** estudo metodológico de abordagem quantitativa e qualitativa, dividida em quatro etapas: revisão de literatura, elaboração do protocolo de óbito perinatal, validação do protocolo com equipe multiprofissional por meio da aplicação de um formulário utilizando a escala tipo *Likert* contendo perguntas sobre quatro domínios do instrumento/protocolo e, por fim, foi realizada a análise das respostas obtidas utilizando o escore do índice de Validade do Conteúdo (IVC). A coleta de dados iniciou-se mediante parecer de aprovação do projeto de pesquisa emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** o grupo de juízes foi composto por 29 profissionais, sendo sua maioria do sexo feminino. Considerando as respostas dadas em cada domínio, foram entregues 116 respostas, todas com valores de três ou quatro, o que representa um escore no IVC= 1, utilizando o cálculo proposto pela metodologia, dessa forma, o protocolo foi considerado validado e as propostas sugeridas pelos juízes foram revisadas e acatadas para melhor adequação do instrumento. **Conclusão:** podemos concluir que o objetivo deste estudo, na construção e validação de um protocolo de óbito perinatal, foi alcançado. Sendo assim, esta nova ferramenta poderá ser implementada no serviço a fim de melhorar a qualidade do cuidado prestado às mulheres e famílias enlutadas. O cuidado requer dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, empatia, sensibilidade, envolvimento, percepção aguçada, interação e conhecimento baseado em evidências, para que o cuidado seja eficaz e apresente resolutividade no que se refere à relação com o paciente e família nesse processo doloroso. No entanto, o cuidado ao paciente, ainda que prioritário da enfermagem, no contexto da humanização, precisa ser visto como um dever de cada pessoa e não como um dever exclusivo de uma classe profissional, ressaltando a importância da capacitação envolvendo a equipe multidisciplinar. Dentre as limitações, podemos afirmar que as evidências são relativamente escassas tanto sobre a temática em si quanto sobre a atuação do enfermeiro obstétrico nela, além do conteúdo ser altamente sensível e carregado de emoção.

Descritores: luto; óbito perinatal; comunicação; protocolo.

ABSTRACT

Introduction: perinatal death includes the death of a live birth within 7 days of life and fetal death (when death occurs between the 22nd completed week of pregnancy or more). Dealing with death is a challenge for everyone, especially within a maternity hospital. Knowing how to communicate, respect and welcome family members is essential knowledge for promoting humanized health care. Currently in Brazil there are no support guidelines for neonatal deaths, health services and the teams that comprise them deal with the situation according to their beliefs or what suits them. **Objective:** Validate an institutional protocol drawn up based on information and recommendations obtained from existing literature regarding care for women bereaved by the loss of a baby. **Method:** methodological study with a quantitative and qualitative approach, divided into four stages: literature review, preparation of the perinatal death protocol, validation of the protocol with a multidisciplinary through the application of a form using the Likert scale containing questions about four domains of the instrument/protocol and, finally, the responses obtained were analyzed using the Content Validity Index (CVI) score. Data collection began with an opinion of approval of the research project issued by the Research Ethics Committee. **Results:** the group of judges was composed of 29 professionals, the majority of whom were female. Considering the answers given in each domain, 116 answers were delivered, all with values of three or four, which represents a CVI score = 1, using the calculation proposed by the methodology, thus, the protocol was considered validated and the proposals suggested by the judges were reviewed and accepted to better adapt the instrument. **Conclusion:** we can conclude that the objective of this study, in the construction and validation of a perinatal death protocol, was achieved. Therefore, this new tool can be implemented in the service in order to improve the quality of care provided to bereaved women and families. Care requires from health professionals, especially nurses, empathy, sensitivity, involvement, keen perception, interaction and evidence-based knowledge, so that care is effective and presents resolution with regard to the relationship with the patient and family in this painful process. However, patient care, although a nursing priority, in the context of humanization, needs to be seen as a duty of each person and not as an exclusive duty of a professional class, highlighting the importance of training involving the multidisciplinary team. Among the limitations, we can state that the evidence is relatively scarce both on the topic itself and on the role of obstetric nurses in it, in addition to the content being highly sensitive and emotionally charged.

Descriptors: mourning; perinatal death; communication; protocol.

1 INTRODUÇÃO

De modo geral, a maternidade é vista como um cenário marcado positivamente pelo nascimento de bebês saudáveis, um local repleto de vida e alegrias, um cenário onde surgem novas vidas e não onde elas terminam. No entanto, também é possível presenciar na maternidade acontecimentos negativos, acompanhados por perdas ao invés de ganhos, como no caso dos óbitos perinatais (Duarte, 2019; Lemos; Cunha, 2015).

O óbito perinatal inclui em sua definição o óbito fetal e neonatal precoce, ou seja, quando o óbito ocorre entre a 22ª semana completa de gestação ou mais, ou com menos de 7 dias de vida (Nobrega *et al.*, 2022; Rede Interagencial de Informação para a Saúde, 2008).

Estima-se que 4 a 5 milhões de óbitos perinatais ocorrem por ano, destes, 2 a 2,5 milhões representam óbitos fetais e 2,6 milhões representam óbitos neonatais (Vieira; Kale; Fonseca, 2020; Wang *et al.*, 2016).

O Brasil, em 2018, teve uma taxa de mortalidade perinatal (TMP) de 15,5%, sendo grande parte desses óbitos considerados evitáveis, podendo ser reduzidos através de melhorias do acesso aos serviços de saúde e investimentos adequados visando maior qualidade de assistência durante o pré-natal, parto e nascimento (Nobrega *et al.*, 2022).

De acordo com os dados do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Estado do Paraná, em 2022, foram registrados 709 óbitos por causas evitáveis de neonatos com faixa etária entre 0 e 6 dias de vida, 68 ocorreram no município de Curitiba. Neste mesmo período, 1.157 óbitos fetais foram registrados, sendo 161 em Curitiba (DATASUS, 2022a, 2022b).

Ainda assim, o óbito perinatal é pouco debatido e considerado um tabu em muitos países, principalmente pelo fato de ser uma perda gestacional/neonatal socialmente desconsiderada e com um processo de luto não reconhecido (Fundação Oswaldo Cruz, 2023).

O luto perinatal corresponde ao sofrimento decorrente de uma perda gestacional ou de um bebê que acabou de nascer. Para os genitores, trata-se de um episódio

doloroso e traumático, que de acordo com estudos dos últimos anos, tende a ser duradouro e dificultoso para muitos (Teixeira *et al.*, 2021).

A equipe de saúde, muitas das vezes, não está preparada para lidar com o momento do óbito perinatal, comentários como “isso vai passar”, “vocês são novos e podem tentar de novo”, desmerecem o momento pelo qual aquela família se encontra e são até considerados gatilhos para que pais e familiares desenvolvam transtornos psicológicos. Por isso, os genitores tendem a optar pela negação e racionalização da situação, não se permitindo viver o processo natural do luto naquele momento (Aguiar; Zornig, 2016; Fundação Oswaldo Cruz, 2023b; Laguna *et al.*, 2021).

Lidar com a morte é um desafio para todos, saber como comunicar, respeitar e acolher os familiares é um conhecimento essencial para a promoção de um cuidado humanizado em saúde (Silva *et al.*, 2021).

Atualmente no Brasil não há diretrizes de apoio para mortes neonatais, os serviços de saúde e as equipes que os compõem lidam com o óbito perinatal de acordo com a sua crença ou ao que lhe convém, não há apoio institucional disponível para auxiliar a equipe nessa tarefa, o que acarreta estresse e angústia de ambas as partes (Talome, 2020).

Alguns estudos atuais demonstram a importância do suporte da família e dos profissionais de saúde às mulheres enlutadas, principalmente por parte da equipe de enfermagem, assim como a necessidade do desenvolvimento de protocolos baseados em evidências que auxiliam e impactam positivamente no cuidado das famílias enlutadas (Santos, 2023; Talome, 2020).

Diante da problemática abordada e da complexidade da temática, propõe-se a presente pesquisa.

2 OBJETIVO GERAL

Elaborar e validar um protocolo para atendimento multiprofissional ao óbito perinatal.

3 METODOLOGIA

3.1 Modelo de estudo

A pesquisa consistiu em um estudo metodológico de abordagem mista.

A pesquisa de abordagem quantitativa facilita a comparação entre estudos similares e fornece um ponto de vista de contagem e magnitude, solucionando o problema por meio da quantificação dos dados, análise estatística e relações entre as variáveis (Sampieri; Collado; Lucio, 1991; Machado, 2023).

Já a abordagem qualitativa está relacionada com a contextualização do ambiente ou entorno, trazendo um ponto de vista mais holístico dos fenômenos com maior profundidade aos dados (Sampieri; Collado; Lucio, 1991).

Dessa forma, a pesquisa de abordagem mista é uma combinação multimétodo entre os enfoques qualitativo e quantitativo. É a classe de pesquisa onde o pesquisador mistura ou combina técnicas, métodos, abordagens, conceitos ou linguagem de pesquisa quantitativa e qualitativa em um único estudo (Sampieri; Collado; Lucio, 1991; Johnson; Onwuegbuzie, 2004).

No método misto o pesquisador coleta e analisa de modo persuasivo e rigoroso todos os dados qualitativos e quantitativos, misturando as duas formas, combinando-os ou incorporando um ao outro, fazendo com que o estudo responda de forma mais rica e satisfatória a complexidade dos dados levantados (Creswell, 2010).

3.2 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi conduzida de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Lei nº 14.874, de 28 e maio de 2024, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2024; Brasil, 2012).

A participação dos juízes se deu mediante parecer de aprovação do projeto de pesquisa emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar do Trabalhador (Parecer nº 7.003.124) sob o CAEE nº 81375724.7.0000.5225 (Anexo 1) e

mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice1), além disso, as pesquisadoras assumiram o compromisso e responsabilidade no uso de dados através do Termo de Compromisso da Equipe de Pesquisa.

3.3 Universo da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública localizada no estado do Paraná, no município de Curitiba, Brasil. O local é considerado referência ambulatorial e hospitalar para gestantes estratificadas como alto risco, assim como risco intermediário e risco habitual, dependendo do município (Paraná , 2022).

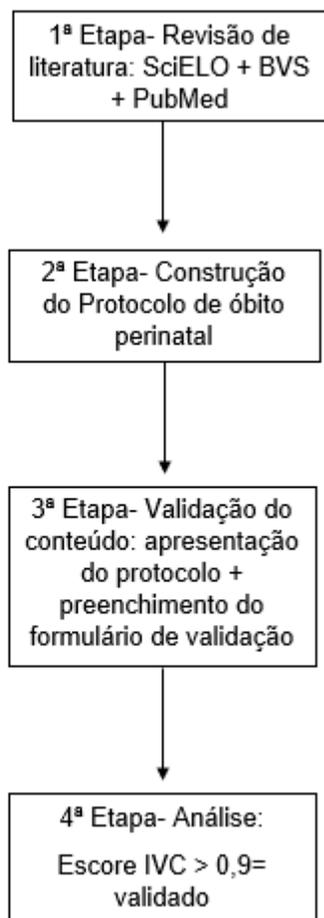
A população alvo da pesquisa foi a equipe multidisciplinar da instituição que participa do atendimento à mulher e à família, desde a chegada dessa mulher na maternidade até o momento de sua alta hospitalar, incluindo enfermeiras, enfermeiras obstetras, residentes de enfermagem obstétrica, técnicos de enfermagem, médicos ginecologistas obstetras, médicos residentes de ginecologia/obstetrícia, psicólogos e assistentes sociais.

Os critérios de inclusão foram: profissionais que prestam assistência às mulheres em situação de óbito perinatal; que atuam na maternidade pelo período mínimo de 3 meses. Já os critérios de exclusão referiram-se aos profissionais que estavam de férias ou licença durante o período da validação.

3.4 Etapas metodológicas, análise e apresentação dos dados

As etapas metodológicas direcionaram o caminho a ser percorrido durante a investigação. Com isso, a pesquisa foi dividida em quatro etapas, como mostra a figura 1:

Figura 1: Fluxograma- Etapas da pesquisa



Fonte: as autoras, 2024

Primeira etapa - levantamento de informação: identificação na literatura vigente de informações relevantes que contribuiriam e embasaram a construção de um protocolo de assistência às mulheres e famílias em casos de óbito perinatal.

Nesta etapa foram realizadas pesquisas em bases de dados científicas como SciELO, BVS- Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed- National Library of Medicine, para fundamentar a construção do protocolo.

A segunda etapa – construção do instrumento: construção do protocolo de óbito perinatal, levando em consideração as informações coletadas durante as pesquisas nas literaturas sobre a temática e a realidade da instituição em questão.

Terceira etapa- validação de conteúdo: a avaliação do conteúdo envolvendo procedimentos qualitativos e quantitativos, se torna essencial no processo de desenvolvimento dos novos instrumentos e, de acordo com a literatura, deve ser realizada por um comitê composto por no mínimo cinco e no máximo dez juízes especialistas na área do instrumentos. Alguns autores também sugerem de seis a vinte juízes, portanto, deve-se levar em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidades dos profissionais necessários (Alexandre; Coluci, 2011).

Dessa forma, foram recrutados os participantes para compor o grupo de juízes por meio de divulgação da pesquisa e, o convite foi realizado pessoalmente nos setores do Centro Cirúrgico Obstétrico, Centro de Parto Normal e Pronto Atendimento da Maternidade no mês de novembro.

O grupo de participantes foi composto por médicos obstetras/ginecologistas, enfermeiros obstetras, enfermeiros generalistas, residentes de enfermagem obstétrica, psicólogos, assistente social e técnicos de enfermagem. Os juízes que aceitaram participar do processo de validação, após assinatura do TCLE, foram submetidos a apresentação do tema e do novo instrumento, ao final da apresentação eles preencheram o formulário de validação do protocolo.

O formulário de validação seguiu a escala tipo *Likert* com o objetivo de avaliar a adequação de cada item dos domínios principais. Dessa forma, as opções de respostas continham uma pontuação de um a quatro para avaliar a relevância/representatividade do conteúdo: 1= Não relevante ou não representativo; 2= Item necessita de grande revisão para ser representativo; 3= item necessita de pequena revisão para ser representativo e 4= item relevante ou representativo (Alexandre; Coluci, 2011).

Quarta etapa- Análise: as respostas obtidas foram analisadas utilizando o escore do Índice de Validade do Conteúdo (IVC), calculado por meio da soma de concordância

dos itens marcados por “3” ou “4” pelos especialistas/juízes. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados. A fórmula utilizada para avaliar cada item individualmente foi (Alexandre; Coluci, 2011):

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “3” ou “4”}}{\text{número total de respostas}}$$

Para verificar a validade de instrumentos de uma forma geral, recomenda-se um valor de concordância mínima de 0,90 ou mais (Alexandre; Coluci, 2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Revisão da literatura e fundamentação teórica

4.1.1 Definição de óbito perinatal

Segundo Aguiar e Sodré (2023, p. 02), óbito fetal (OF) é definido como “a morte do produto da concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação” e caracterizam o óbito fetal quando este ocorre a partir de 22 semanas completas de gestação ou mais, ou quando ocorre o óbito de um feto com 500g ou mais, ou medindo 25cm ou mais de comprimento vértice-calcâneo (Aguiar; Sodré, 2023).

A partir do momento que ocorre a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção e, independentemente do tempo de duração da gestação, que ao nascer respire ou apresente qualquer sinal indicativo de vida, como por exemplo a presença de batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentação/ contração muscular mesmo antes da secção do cordão ou dequitação placentária, este, por sua vez, é definido como Nascido Vivo (NV) (Aguiar; Sodré, 2023).

Dessa forma, levando em consideração as definições apresentadas acima e de acordo com a definição utilizada pelo Ministério da Saúde, o óbito perinatal engloba a morte do feto antes do seu nascimento- OF, ou seja, quando o óbito ocorre entre a 22^a semana completa de gestação, e a morte de um lactante NV com menos de 7 dias de vida, sendo um importante indicador da assistência obstétrica, neonatal e do nível socioeconômico da população (Aguiar; Sodré, 2023; Borges *et al.*, 2019).

Para tanto, compreender em que momento ocorreu o óbito é de suma importância para definir e planejar programas e prioridades de saúde (Tesfay *et al.*, 2023). Esses momentos podem ser divididos em:

- 1) Antes do início do trabalho de parto (natimorto pré-parto);
- 2) Durante o início do trabalho de parto (natimorto intraparto);
- 3) Hora desconhecida da morte fetal antes do nascimento (natimortos desconhecidos);
- 4) Após o parto (morte neonatal) (Tesfay *et al.*, 2023).

O referido autor ainda destaca que no mundo, 42,3% dos óbitos perinatais ocorrem no momento intraparto, enquanto 75% ocorrem durante o período neonatal, podendo em sua grande maioria ser evitados com cuidados qualificados durante o pré-natal, durante e após o parto (Tesfay *et al.*, 2023).

4.1.1.1 Principais causas de óbito perinatal

As principais causas de óbito perinatal variam de acordo com a cobertura assistencial de cada região. Em locais em que há acesso à atendimento de saúde de qualidade, as causas variam entre malformações congênitas, parto prematuro e crescimento intrauterino restrito, já em locais de baixa cobertura assistencial, asfixia e doenças infecciosas são predominantes (Szyhta *et al.*, 2023).

As causas associadas ao óbito perinatal podem ser resultado de condições maternas, como: idade materna, estado civil, paridade materna, situação financeira, educação materna, tabagismo, hipertensão, anemia, infecções bacterianas, condições fetais, anomalias congênitas, retardo de crescimento intrauterino ou gravidez múltipla (Férez *et al.*, 2021; Tesfay *et al.*, 2023).

Além disso, condições uterinas como malformação uterina estão relacionadas e as condições de parto, que incluem asfixia durante o parto, hipóxia e prolapso do cordão umbilical. As complicações decorrentes de cesáreas também estão incluídas nas possíveis causas, assim como outras condições que não são classificáveis ou pouco claras (Férez *et al.*, 2021).

Os demais fatores não estão relacionados com a mulher, mas sim com o acesso ao sistema de saúde e a qualidade do cuidado prestado, dentro desse aspecto podemos citar o tempo de deslocamento até a unidade de saúde, o tempo de permanência nesta unidade e a falta de profissionais competentes para realizar o atendimento (Tesfay *et al.*, 2023).

4.1.2 Taxa de mortalidade perinatal (TMP) e seu impacto na avaliação dos indicadores de assistência materno-infantil

A mortalidade perinatal é um problema de saúde pública a nível global, cerca de 2% das gestações terminam em natimorto no mundo (Férez *et al.*, 2021; Fernández-Sola *et al.*, 2020).

A TMP é calculada a partir da soma do número de óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação e de óbitos de crianças de 0-6 dias completos de vida, ambos de residentes, dividido pelo número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação), multiplicado por 1.000 (DATASUS, [20--]).

A mesma fonte complementa ainda que a TMP é influenciada por numerosos fatores, sendo de especial interesse os vinculados à gestação e ao parto, entre eles peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada à gestante, à parturiente e ao recém-nascido (DATASUS, [20--]).

Borges *et al.* (2019) ressaltam que em países em desenvolvimento a TMP é maior do que em relação aos países desenvolvidos. Não existem estudos o suficiente capaz de esclarecer a associação de fatores socioeconômicos e demográficos com a incidência de óbito perinatal, porém sabe-se que ambos apresentam grande influência no aumento ou declínio dessa taxa.

Ferez *et al.* (2021) coloca que embora a TMP tenha sido reduzida, em 2017 um estudo demonstrou que 2,6 milhões de mortes perinatais ocorreram no mundo neste período.

Dessa forma, é possível afirmar que a TMP possui impacto direto nos indicadores de avaliação de programas assistenciais na área materno-infantil e reflete as condições socioeconômicas e de assistência ao binômio mãe-feto da região durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Szyhta *et al.*, 2023; Tristão, 2022).

4.1.3 Panorama do óbito perinatal no mundo, no Brasil, no Paraná e em Curitiba

O óbito de um bebê após 28 semanas de gestação, mas antes ou durante o nascimento, é classificado como natimorto. Por ano, há quase 2 milhões de natimortos-um a cada 16 segundos, sendo que mais de 40% desses ocorrem durante o trabalho de parto, situação que poderia ser evitada se essa mulher recebesse uma assistência e cuidado de qualidade e respeitosos durante o parto, o que inclui o acompanhamento de rotina e acesso atempado aos cuidados obstétricos de emergência, quando necessário (WHO, [20--]).

No mundo estima-se que 2,6 milhões de óbitos perinatais ocorreram em 2017. No Brasil, para cada 100.000 nascidos vivos, aproximadamente 8 evoluem para óbito neonatal, além disso, cerca de 28 mil óbitos fetais ocorrem ao ano no país (Férez *et al.*, 2021; Fundação Oswaldo Cruz, 2023).

Em 2018 o Brasil teve uma TMP de 15,5%, sendo grande parte desses óbitos considerados evitáveis, podendo ser reduzidos através de melhorias do acesso aos serviços de saúde e investimentos adequados visando maior qualidade de assistência durante o pré-natal, parto e nascimento (Nobrega *et al.*, 2022; Tristão, 2022).

De acordo com os últimos dados disponibilizados pelo DATASUS, o número de óbitos no período perinatal por 1.000 nascidos vivos, no Paraná no ano de 2011 foi de 14,7%. No mesmo Estado, em 2022, foram registrados 709 óbitos por causas evitáveis de neonatos com faixa etária entre 0 e 6 dias de vida, 68 ocorreram no município de Curitiba. Neste mesmo período, 1.157 óbitos fetais foram registrados, sendo 161 em Curitiba (DATASUS, 2022a, 2022b, [20--]).

4.1.4 Definição do luto e estágios que o compõe

Sigmund Freud é considerado um dos pioneiros no estudo sobre o luto, que o define como uma reação à perda de um ente querido. Alguns autores acrescentam ainda que o luto é um processo que produz sentimentos e comportamentos como resultado da perda de um objeto de apego (Silveira *et al.*, 2020).

Sendo assim, é possível afirmar que o processo de luto pode ser vivenciado pela perda de uma pessoa, um emprego, um objeto e até mesmo uma mudança de casa, ou seja, qualquer quebra de vínculo que faça com que esse indivíduo reorganize sua vida gradualmente e experencie diferentes reações, sensações e emoções que fazem parte do processo de luto (Silveira *et al.*, 2020).

O luto é composto por fases de adaptação, que se inicia com a morte real ou iminente de um indivíduo significativo para essa pessoa e prossegue para diversos comportamentos emocionais até que o enlutado consiga se recuperar dessa perda (Dahdah *et al.*, 2019).

Há cinco estágios emocionais que fazem parte do processo de luto. O primeiro estágio é o que chamamos de negação e isolamento, onde o enlutado não acredita no que acabou de acontecer como forma de se defender da situação de perda em que se encontra (Santos; Muner, 2020; Taverna; Souza, 2022).

No segundo estágio o indivíduo se conforma com a notícia e compreende que não poderá mudar esse cenário, porém começa a se questionar o motivo disso estar acontecendo com ela, e o sentimento de negação é tomado pela raiva, revolta e ressentimento (Barcellos; Moreira, 2022; Taverna; Souza, 2022).

O terceiro estágio é marcado pela barganha, onde o enlutado tenta “negociar” com Deus ou com alguma entidade divina em que acredite uma forma de rever ou falar com o(a) falecido(a) por uma última vez ou uma forma de reverter a situação, é uma tentativa de adiar a morte como recompensa por ter um bom comportamento (Barcellos; Moreira, 2022; Santos; Muner, 2020).

A depressão é o quadro que compõem o quarto estágio, nessa fase a pessoa se isola e a falta de compreensão dos amigos, da família e pessoas próximas agravam ainda mais este momento, causando ainda mais afastamento. Nesse momento o enlutado encara o vazio da perda e é tomado pelos sentimentos de solidão, apatia e tristeza profunda (Silva; Carreta, 2018; Taverna; Souza, 2022).

Por fim, o quinto e último estágio, a aceitação. Não necessariamente essas etapas acontecem seguindo uma sequência lógica, porém só quem passou por todas elas consegue chegar nesse estágio. Essa é a fase do descanso final, onde a luta para mudar o ocorrido acabou e chega o momento de ressignificar a vida a partir das perdas,

o sofrimento torna-se mais leve e menos devastador e o indivíduo consegue reorganizar sua vida aos poucos (Silva; Carreta, 2018; Taverna; Souza, 2022).

O processo de luto é indispensável e necessita de acompanhamento e manejo de profissionais de forma a garantir que o enlutado tenha o suporte necessário para sua elaboração (Silva; Carreta, 2018).

4.1.4.1 Presença do luto perinatal na maternidade

O óbito fetal ou neonatal vai contra todo o curso vital que se espera para uma criança na sociedade, normalmente acontece de forma inesperada tornando ainda mais fácil o desenvolvimento de problemas físicos e psicológicos principalmente nas mães (Lopes *et al.*, 2019).

A experiência mais dolorosa pelo qual o ser humano pode passar é a morte de um filho, seja intraútero, pequeno ou crescido, e, por isso, também é a manifestação mais comum de luto complicado (Paris; Montigny; Pelloso, 2022).

O luto perinatal é uma etapa vivenciada com intensa frustração de expectativas, é muito mais que perder um filho, é retirar da mãe e de um pai a oportunidade de serem pais, é uma experiência dolorosa, intensa e que normalmente é permeada por sentimento de impotência pelos pais (Fonseca, 2022).

Diversas repercussões biopsicossociais podem ser encontradas em famílias que vivenciam esse tipo de luto, dentre os sintomas físicos pode-se citar: inapetência, insônia, perda de peso, aumento de doenças crônicas e diminuição de qualidade de vida. Já a nível psicológico predomina a ansiedade, a depressão, o estresse pós-traumática e até mesmo o suicídio (Fernández-Sola *et al.*, 2020).

Aos olhos da sociedade o sofrimento materno deveria ser proporcional ao tempo de convivência com o filho, ou seja, quanto menor o tempo de gestação ou de vida do recém-nascido após o nascimento, menor deveria ser o sofrimento da mãe em relação a sua morte. Por outro lado, o pai é visto como alguém que deve fornecer suporte físico e emocional às mães e por isso possuem seus sentimentos e necessidades ainda mais invisibilizados (Fernández- Sola *et al.*, 2020; Lopes *et al.*, 2019).

Quando ocorre o falecimento de um bebê antes dele nascer, geralmente constitui-se pela sociedade como um não acontecimento, como se esse bebê nunca tivesse existido (Leonácio *et al.*, 2022).

Diante disso, é possível afirmar que a dor da perda de um feto ou de um recém-nascido ainda é pouco discutida pelo mundo, ao mesmo tempo que é subestimada e desvalorizada, não legitimado, como se não existisse espaço social e cultural para vivenciar todo o processo de luto (Leonácio *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2019).

É comum de ouvir frases como: “em breve você poderá engravidar de novo” ou “foi melhor assim” na tentativa de minimizar o sofrimento daquela mulher e família, no entanto, tais atitudes diminuem o suporte social à mulher e dificultam o seu luto (Santos, 2023).

Estudos comprovam que o apoio e suporte da família e dos profissionais de saúde são fundamentais para ajudar a mulher a estabelecer um equilíbrio emocional nesse momento (Santos, 2023).

4.1.5 Impacto do luto perinatal nos profissionais da saúde

O impacto da morte perinatal é uma experiência que se estendem até aos profissionais da saúde que acompanharam a gestante durante todo o ciclo gravídico-puerperal e, por isso, na maioria das vezes esses encontram dificuldades para abordar e prestar os cuidados necessários à essa mulher e família em luto perinatal (Fonseca, 2022).

O óbito perinatal é um dos eventos mais difíceis de ser vivenciado pela equipe de saúde da maternidade, especialmente por se tratar de uma inversão do ciclo da vida que é interrompida logo em seu começo. Por isso, profissionais da área de obstetrícia e neonatologia estão propensos ao desenvolvimento de estados depressivos e burnout ocupacional ao longo do tempo, e isto está relacionado à falta de capacidade para lidar com o óbito nesse ambiente (Fundação Oswaldo Cruz, 2023; Silva *et al.*, 2021).

Para a equipe de saúde, a morte de um bebê reflete uma impotência, uma limitação, um fracasso, uma frustração no âmbito profissional ao ver a tristeza e a dor da paciente enquanto assiste à internação. Os profissionais se veem limitados para ajudar

a superar esse sofrimento, delimitando essa função apenas para o serviço de psicologia (Paris; Montigny; Pelloso, 2021).

O fato de o profissional tentar minimizar o sofrimento do familiar enlutado diante da morte, é um reflexo da dificuldade da equipe de saúde em trabalhar e entender a morte. Frases como “Deus sabe o que faz”, “você é jovem, logo irá engravidar de novo”, “não chore, precisa deixar ele descansar em paz”, impede o espaço de sofrimento dos pais e demonstra o quanto o profissional tenta encontrar mecanismos para diminuir esse sofrimento (Ignacio; Medeiros, 2023).

Portanto, a equipe precisa compreender que o sofrimento e o luto é um momento inevitável e que precisa ser vivenciado pelos pais e familiares naquele momento, cabendo ao profissional oferecer espaço e acolhimento possível para este contexto (Ignacio; Medeiros, 2023).

A morte de um bebê durante a gravidez, parto ou pós-parto é extremamente traumática para todos que a vivenciam, incluindo para os profissionais de saúde, por isso é essencial que estes estejam preparados emocionalmente na vivência do processo de luto e da morte, sendo necessário que conheçam suas fases e as condutas que devem apresentar diante delas (Leonácio *et al.*, 2022; Salgado *et al.*, 2021).

4.1.5.1 Falta de preparo da equipe multiprofissional para lidar com o óbito perinatal

Profissionais que vivenciam o óbito no local de trabalho necessitam de uma formação que os qualifique para tal, porém na maioria das vezes a formação desses profissionais se mostra extremamente falha no que diz respeito a abordagem da morte, portanto, há uma tendência de se esquivar desse tipo de situação devido à falta de preparo para lidar com o tema, principalmente quando se trata de um ambiente de nascimento (Fundação Oswaldo Cruz, 2023).

Cuidar de uma família enlutada é um desafio e traz estresse adicional à equipe de saúde e a falta de protocolos institucionais específicos torna a situação ainda mais difícil. Para que o profissional consiga oferecer uma assistência de qualidade, ele também precisa de conforto, preparo e apoio (Salgado *et al.*, 2021).

Estudos demonstram que a equipe possui dificuldade em estabelecer uma interação com as mulheres e famílias que vivenciam o óbito e tal dificuldade está diretamente relacionada com a ausência de sensibilização e capacitação na temática, e, além da falta de preparo, barreiras relacionadas ao ambiente físico dos serviços e às formas de organização do trabalho também interferem na maneira como ocorre esse acolhimento (Serafim *et al.*, 2021).

Países como Canadá, Austrália e Reino Unido, possuem diretrizes próprias para o atendimento após natimorto, fornecendo padrões para as melhores práticas de atendimento, tendo como principal ponto em comum em cada uma dessas diretrizes a necessidade dos profissionais de saúde terem acesso, suporte e recursos para fornecer um atendimento qualificado (CRE; Psanz, 2024).

A maior parte dos pais que vivem uma perda perinatal tendem a desenvolver condições como: choque, luto, descrença e anestesia emocional, afetando também gestações subsequentes, no entanto estudos mostra que pais que são devidamente assistidos durante esse processo expressam menos emoções negativas, por isso é importante ter o apoio de profissionais preparados para lidar com a situação (Ravaldi *et al.*, 2018).

Atualmente, os serviços de saúde e as equipes que os compõem lidam com o óbito perinatal de acordo com a sua crença ou ao que lhe convém, não há apoio institucional disponível para auxiliar a equipe nessa tarefa, o que acarreta estresse e angústia em ambas as partes. Portanto, traçar diretrizes de apoio e elaborar protocolos com foco no atendimento às famílias enlutadas poderá promover a estruturação do cuidado e o bem-estar dos enlutados e dos profissionais de saúde (Salgado *et al.*, 2021).

4.1.6 A Teoria de Cuidados de Swanson na assistência obstétrica durante a perda perinatal

Em 1988 foi desenvolvida a Teoria dos Cuidados (*Caring Theory*) pela enfermeira norte americana Kristen M. Swanson, a partir da sua atuação junto a grupos de perda gestacional de cuidado e dos processos que dão significado ao cuidado, do ponto de

visto teórico, filosófico e do bem-estar do usuário dos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2018).

Essa teoria é classificada como de médio porte e surgiu a partir de três pesquisas fenomenológicas que abordaram os significados dos cuidados para mulheres em processo de abortamento, profissionais e famílias que vivenciaram a perda neonatal e mulheres acompanhadas por programas especializados de alto risco social (Oliveira *et al.*, 2018).

A teoria evoca cinco processos básicos que validam e dão significado ao cuidado: “conhecer”; “estar com”; “fazer por”; “possibilitar” e “manter as crenças” (Sampayo, 2019).

Na enfermagem obstétrica, o enfermeiro que conhece a parturiente é capaz de saber o contexto em que ela está inserida, assim como sua rede de apoio, suas crenças e suas necessidades, fazendo com que o parto seja visto como um fenômeno em sua completude e não apenas como um evento biológico (Sampayo, 2019; Oliveira *et al.*, 2018).

O ato de “estar com” refere-se à disponibilidade física e emocional do enfermeiro obstetra, é estar com a mulher e com a família durante o processo de assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto, oferecendo-lhes apoio durante todo o processo de vivência do luto perinatal, por meio de uma boa comunicação, escuta qualificada e acolhimento apropriado, de modo que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro (Sampayo, 2019; Oliveira *et al.*, 2018).

“Fazer por” refere-se a realizar o que a mulher gostaria que fosse realizado, dessa forma, a partir do momento que o profissional enfermeiro conhece esta mulher e o contexto em que ela se encontra, pode-se empreender um plano de cuidados particularizado que contemple as necessidades do binômio, assim como os desejos da mulher e família, incluindo neste plano o desejo da mulher em ver o bebê, pegá-lo no colo e coletar memórias por meio da caixinha de memórias (Sampayo, 2019; Oliveira *et al.*, 2018).

Cabe ao enfermeiro obstetra o ato de “possibilitar” o alcance de metas e objetivos designados no plano de cuidados, além de possibilitar também o direito de escolha e autonomia da mulher e família (Sampayo, 2019; Oliveira *et al.*, 2018).

Por fim, é necessário manter a crença dessa mulher, fazendo-a acreditar que conseguirá enfrentar essa fase e passar por todo esse processo. O enfermeiro deve considerar aspectos que denotem crenças, esperanças e valores da mulher e família (Sampayo, 2019; Oliveira *et al.*, 2018).

4.1.7 Atuação do enfermeiro na estruturação de um protocolo assistencial

Um protocolo é caracterizado pela sua capacidade de descrever uma situação específica de assistência/ cuidado, contendo operacionalização e especificação sobre o que, quem e como se faz, é ele quem orienta e respalda os profissionais em suas condutas (COFEN, 2019).

A elaboração de um protocolo é uma forma da enfermagem demonstrar sua constante busca pela qualidade do cuidado prestado por seus profissionais, uma vez que sua estruturação promove maior segurança aos usuários e equipe, estabelece limites de ação e cooperação entre os envolvidos e reduz a variabilidade do cuidado, norteando os profissionais nas tomadas de decisões (COFEN, 2019).

Dessa forma, a fim de subsidiar e amparar a atuação do enfermeiro na elaboração de protocolos, a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, no que diz respeito à profissão e sua integração na equipe de saúde, na participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (Brasil, 1986).

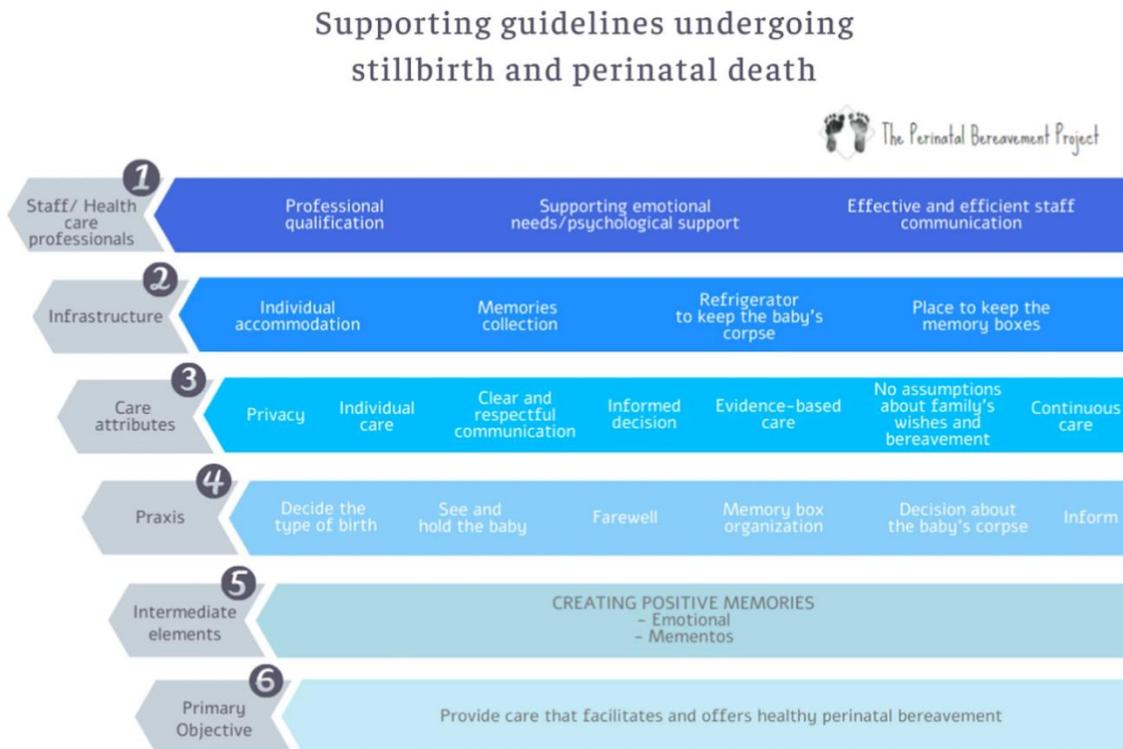
Vale ressaltar que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pressupõe a organização de protocolos, procedimentos e rotinas, cuja organização deve pautar-se no uso das melhores evidências em saúde (COFEN, 2019).

4.1.8 Diretrizes de apoio para a elaboração do protocolo de óbito perinatal

O “Projeto de luto perinatal: desenvolvimento e avaliação de diretrizes de apoio para famílias que vivenciam natimortos e mortes neonatais no Sudeste do Brasil - um estudo quase-experimental do tipo antes e depois”, apresenta uma estrutura conceitual

que fundamenta as diretrizes a serem abordadas no protocolo de óbito perinatal (Figura 2), levando em consideração boa comunicação, decisão compartilhada e atendimento individual (Salgado et al., 2021).

Figura 2: Diretrizes de apoio



Fonte: Salgado *et al.*, 2021

O primeiro nível diz respeito ao trabalho com equipe e profissionais de saúde, nela tem-se a qualificação profissional, a satisfação das necessidades emocionais dos profissionais - que inclui o apoio psicológico- e a comunicação eficaz e eficiente da equipe (Salgado *et al.*, 2021).

Deve sempre ser reforçado que o profissional de saúde também é, acima de tudo, um ser humano, e, por isso, também são afetados pelo luto, por isso precisam de um espaço institucional para entender suas necessidades emocionais, além disso, promover uma boa comunicação entre a própria equipe garante uma boa comunicação entre esses e os familiares envolvidos na situação, uma vez que a comunicação é o ponto

central para a garantia de uma boa assistência durante o luto (Fundação Oswaldo Cruz, 2023).

Neste sentido, é importante frisar o papel do enfermeiro neste cenário, principalmente o enfermeiro obstetra, considerado um elo fundamental da equipe multiprofissional para estabelecer uma relação de confiança e segurança, uma vez que esta relação também é importante durante todo o puerpério, bem como antes, durante e após o parto (Silva *et al.*, 2024).

A ambiência também é tida como um facilitador do processo de trabalho, a disponibilização de redes de apoio e a criação de espaços de trocas interprofissionais facilitam a interação entre a própria equipe, permitindo o compartilhamento de experiências no cuidado e a identificação das necessidades de mudanças de práticas (Serafim *et al.*, 2021).

O segundo nível da matriz visualizado na imagem acima está relacionado ao ambiente e infraestrutura onde aquela família está instalada, pois esta será responsável pelas memórias físicas e emocionais do bebê. Esse tópico é composto por: acomodação individual, recursos para coleta de memórias, geladeira para preservação do cadáver e local para guardar as caixas de memórias (Salgado *et al.*, 2021).

O projeto de lei 7/2024 propõe que a parturiente de natimorto ou que tenha sido diagnosticada com óbito fetal tenha direito a acomodação em ala ou leito separado das demais gestantes e puérperas, tornando essa acomodação diferenciada uma obrigatoriedade às redes públicas e privadas de saúde. Além disso, o projeto também propõe que as unidades de saúde deverão oferecer acompanhamento psicológico à gestante e ao pai desde o momento da internação hospitalar, bem como no pós-parto ou pós-operatório (Agência Senado, 2024).

Estudos indicam que, muitas vezes, a falta de privacidade e de espaços protegidos e facilitadores de acolhimento refletem de forma negativa na experiência do luto da família (Serafim *et al.*, 2021).

No que diz respeito ao processo de criação de memórias, a instituição poderia disponibilizar recursos para a coleta de lembranças dentro da maternidade, a elaboração de uma caixa de memórias (Figura 3) é uma ótima ideia para colecionar lembranças do bebê, como: material para registrar impressões das mãos e pegadas, uma mecha do

cabelo do bebê, quando disponível, a primeira roupinha usada por ele, quando possível, a pulseirinha, a touquinha que recebeu ao nascer e demais lembranças que o profissional considerar viável, uma vez que a criação de memórias é importante para o processo de adaptação e elaboração do luto (Thornton; Nicholson; Harms, 2019).

Figura 3: Caixa de memórias feita em uma maternidade pública do Paraná



Fonte: as autoras, 2024

Vale ressaltar que tratar o bebê com o mesmo respeito e cuidado com que é tratado um bebê vivo, também ajuda a validar a experiência vivida pelos pais naquele momento, ações como chamar o bebê pelo nome, falar com ele e vesti-lo demonstra um cuidado respeitoso e solidário (Boylea *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada com o intuito de identificar o cuidado de enfermagem aos pais enlutados, evidenciou que todos os pais que vivenciaram essa situação possuem o

sentimento de gratidão aos profissionais que proporcionaram um momento de despedida empática garantindo o contato físico da família com o bebê e até mesmo permitindo que o corte do cordão umbilical fosse realizado por estes, além disso, os pais valorizam a sensibilidade da equipe de fornecer lembranças desse nascimento, como a entrega de impressões dos pés, mãos e carimbo de placenta (Bezerra *et al.*, 2024).

Um estudo comparando a prática profissional no cuidado ao luto materno diante do óbito fetal no Canadá e no Brasil, demonstra que no Canadá as mulheres são atendidas por profissionais com foco em orientações sobre o processo de luto e recebem várias lembranças do bebê da equipe hospitalar, além de serem estimuladas a tirar fotos e a ver o bebê, ao contrário do que é observado no Brasil, onde na maior parte das vezes as mulheres não tem contato com o bebê morto e, quanto têm, é rápido e desassistido, além disso, relatos afirmam que quando a mulher expõe tal desejo esta medida é vista como algo prejudicial e anormal, sendo nítido o despreparo da equipe (Paris; Montigny; Pelloso, 2021).

Estudos que exploraram as percepções dos pais sobre o tempo passado com os seus recém-nascidos após a morte, afirmaram ao final que a incapacidade dos pais em passar tempo com o bebê ou em contribuir com os seus cuidados após a morte foi associada ao arrependimento (Thornton; Nicholson; Harms, 2019).

No caso de o recém-nascido estar em uma unidade de terapia intensiva neonatal, os pais devem ser apoiados, sempre que possível, a se envolverem com o bebê, ver, tocar e segurá-lo, é importante que os pais tenham a oportunidade de passar um tempo com o bebê sem restrições de monitoramento e de participarem ativamente dos seus cuidados. Vários estudos demonstram a importância de manter um papel parental ao longo dos dias de estadia nessas unidades intensivas (CRE, 2024; Psanz, 2024; Thornton; Nicholson; Harms, 2019).

Para os pais que durante a gravidez entraram em cuidados paliativos perinatais, ou seja, o bebê foi diagnosticado com alguma anomalia fetal ou condição limitante de vida diagnosticada antes do nascimento, ou um bebê prematuro pré-viável cujo nascimento é iminente, ou um recém-nascido com uma condição limitante de vida diagnosticada após o nascimento, deve-se haver um momento de planejamento desse

cuidado e esse cuidado pode ser planejado e iniciado antes do nascimento ou pode ser iniciado para recém-nascidos após o nascido (CRE; Psanz, 2024).

No plano de cuidados paliativos perinatais as memórias fetais durante a gravidez também são de grande importância, se tornando uma forma de homenagear e representar um momento em que o bebê ainda estava “seguro”, por isso os pais devem ser encorajados a reunir lembranças, como por exemplo uma gravação de áudio do batimento cardíaco do bebê (CRE; Psanz, 2024).

Os referidos autores salientam que é importante saber que alguns pais podem escolher por não criar memórias com o bebê, e isso também deve ser respeitado.

Ainda no segundo nível da matriz, é citada uma geladeira com a finalidade de conservar o cadáver, e, apesar de ser um item menos útil, pode ser de suma importância em casos onde a mulher permaneceu inconsciente e/ou sedada durante o parto e até alguns dias após o parto. Nesses casos, acordar e receber a notícia do óbito do seu bebê pode ser devastador para ela, com isso, a geladeira permitiria que mesmo após alguns dias essa mãe tivesse a oportunidade de se despedir do seu bebê (Salgado *et al.*, 2021).

Salgado *et al.* (2021) colocam a importância de um local apropriado para guardar as caixas de lembranças que, por opção da família, não foram levadas após a alta, dando a oportunidade dessas famílias retornarem para buscá-la, caso mudem de ideia.

A terceira matriz refere-se aos atributos dos cuidados de saúde, nele estão incluídos: privacidade (como já comentado anteriormente); atendimento individual levando em consideração as necessidades físicas e psicossociais da mulher e família; comunicação clara e respeitosa; decisões informadas e conscientes; cuidados baseados em evidências, pautados em protocolos institucionais pré-estabelecidos e comportamento técnico uniforme; não elaborar suposições sobre os desejos e o luto da família e manter cuidados contínuos (Salgado *et al.*, 2021).

A comunicação é um ponto crucial durante todo esse processo e é a pauta mais encontrada em estudos que abordam a experiência de cuidados dos pais (Boylea *et al.*, 2020).

Uma boa comunicação não elimina a dor e o sofrimento dos pais, uma boa comunicação é sensível e compassiva, é ter atenção ao que será dito e como será dito, evitando qualquer nível de desconforto e garantindo a segurança cultural e o

reconhecimento das crenças importantes para os pais e famílias, além disso, as informações devem ser fornecidas em uma linguagem compreensível, evitando utilização de termos médicos, e transmitida de forma objetiva, uma vez que o luto pode reduzir a capacidade das pessoas de absorver, processar e reter informações (Boylea *et al.*, 2020).

No caso de recém-nascidos internados, a ansiedade dos pais em saber como e quando o bebê morrerá provavelmente será alta, por isso é importante comunicá-los e prepará-los para este momento (CRE; Psanz, 2024).

A prática é encontrada no quarto nível da matriz, momento no qual se discute a via de nascimento do bebê, parto vaginal ou cesárea (Salgado *et al.*, 2021).

É importante lembrar que a tomada de decisão deve ser partilhada e envolver as melhores evidências disponíveis e os pais devem ser apoiados para considerar opções, dispondo de oportunidades para discutir e rever decisões (Boylea *et al.*, 2020).

Sabendo que esta escolha é um direito da mulher, é necessário que ela esteja ciente dos riscos e benefícios de cada opção, para isso é preciso que o profissional esteja apto para dar as devidas informações. Vale ressaltar que o óbito fetal intrauterino por si só não é considerado uma indicação de cesárea, e uma cesárea sem indicação pode acarretar riscos e complicações maternas graves (Serafim *et al.*, 2021).

O parto vaginal, além de apresentar menos riscos à saúde da mulher e por isso ser a escolha mais segura, também apresenta benefícios na elaboração do luto, gerando um processo de despedida desde o parto, levando em conta que o parto normal favorece uma melhor recuperação, a mulher terá uma melhor condição física para participar de rituais, como por exemplo o funeral e cerimônias de sepultamento, e engravidar novamente mais cedo, se este for o seu desejo (Salgado *et al.*, 2021).

Contudo, quando há um trauma psicológico ou na presença de qualquer outro risco para a mulher, a cesárea deve ser considerada e em qualquer caso, se a cesárea for realizada, essa mulher também deve ser encorajada a segurar o seu bebê (Salgado *et al.*, 2021).

No que diz respeito ao momento do nascimento de um bebê morto, a participação da enfermagem obstétrica neste cenário se torna de extrema relevância, considerando uma estratégia de humanização em todo o processo de parto, diminuindo

intervenções desnecessárias e respeitando as decisões da mulher e do seu parceiro quanto à intimidade e acompanhamento (Montero *et al.*, 2011).

Os elementos intermediários apresentados na matriz transcendem todos os demais objetivos descritos e o final da matriz está relacionado ao foco principal desta proposta: uma assistência que facilite um luto perinatal saudável, para que isso seja possível é necessário que todas as medidas mencionadas acima sejam contempladas de maneira transversal (Salgado *et al.*, 2021).

4.2 Construção do Instrumento- Protocolo de óbito perinatal

Após a revisão literária sobre o tema, foi construído o instrumento (apêndice 3), tendo como base as recomendações organizacionais de 2024 da “*Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline*” – Diretriz desenvolvida pelo Centro de Excelência em Pesquisa em Natimortos da Austrália e Nova Zelândia.

O protocolo elaborado inclui a abordagem do cuidado e os cuidados que serão adotados em situações de perdas perinatais, sendo dividido em: abordagem no momento da chegada da mulher e da família na maternidade, a comunicação de notícias difíceis, o planejamento de cuidados e tomada de decisão, os cuidados durante o processo de nascimento, o processo de criação de memórias, os cuidados pós-parto/ cesárea e recuperação, plano de alta e o suporte contínuo à mulher e família.

No decorrer de todo o protocolo, o foco se dá ao redor de práticas de cuidados culturalmente responsivas e seguras, não deixando de frisar o importante papel da instituição em permitir a prestação de cuidados levando em consideração as melhores práticas. Embora a perda gestacional precoce (antes de 20 semanas de gestação) não tenha sido incluída no escopo do protocolo, é importante reconhecer que o cuidado respeitoso de suporte para famílias deve ser o mesmo após qualquer perda gestacional.

4.3 Validação do protocolo de óbito perinatal

Para a etapa de validação, foram realizadas reuniões com 29 juízes (Tabela 1).

Tabela 1: Características do grupo de juízes- Curitiba/PR- Brasil

Variáveis	Frequência (%) n=29
Sexo	
Feminino	27 (93,1%)
Masculino	2 (6,9%)
Profissão	
Médico	2 (6,9%)
Enfermeiro Generalista	1 (3,4%)
Enfermeiro obstetra	5 (17,2%)
Residente de Enf. Obstétrica	9 (31%)
Técnico de enfermagem	9 (31%)
Psicólogo	2 (6,9%)
Assistente social	1 (3,4%)
	Média (desvio padrão)
Idade (anos)	31 (13,69)

**Tempo de atuação na
instituição (meses)** 38,2 (69,5)

Fonte: as autoras, 2024

A reunião incluía uma apresentação sobre o tema, assim como uma breve explicação sobre o conteúdo do protocolo de óbito perinatal, além de orientações sobre o preenchimento do formulário da validação.

Os juízes eram convidados a participar do processo de validação durante o plantão e, caso aceitassem, as reuniões aconteciam no hospital, em local adequado e de fácil acesso.

Aos juízes foi entregue impresso o formulário para validação em escala tipo *Likert*, contendo perguntas sobre quatro domínios do instrumento/protocolo (Apêndice 2).

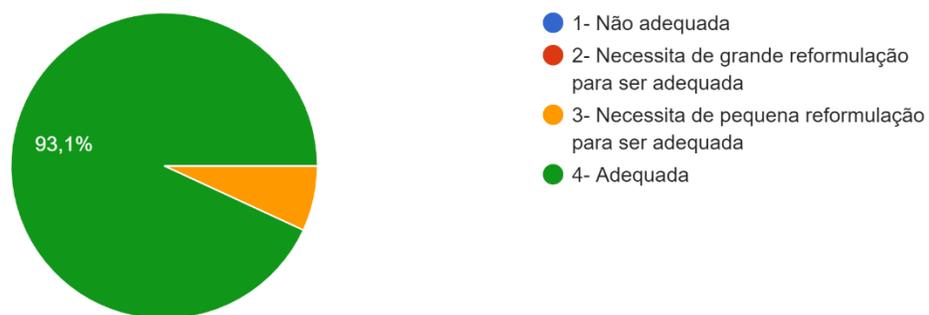
Considerando as respostas dadas em cada domínio (Figuras 4, 5, 6 e 7), foram entregues 116 respostas, todas com valores de três ou quatro, o que representa um escore no IVC=1 utilizando o cálculo proposto pela metodologia.

Figura 4: Domínio de linguagem e compreensão do protocolo



Fonte: as autoras, 2024

Figura 5: Domínio de clareza nos pontos abordados no protocolo



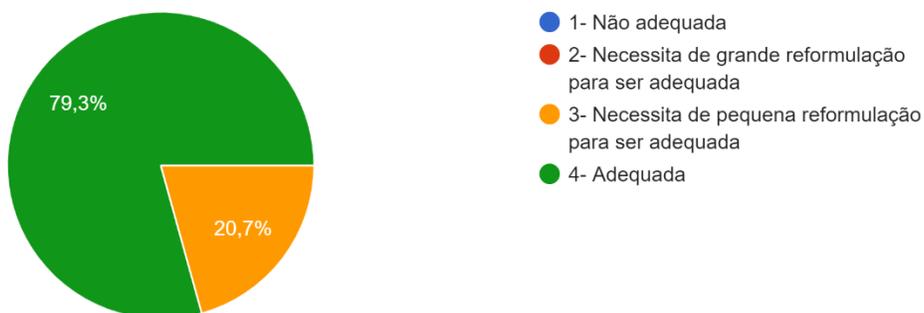
Fonte: as autoras, 2024

Figura 6: Domínio de relevância nos pontos abordados no protocolo



Fonte: as autoras, 2024

Figura 7: Domínio de viabilidade da implementação do protocolo na maternidade



Fonte: as autoras, 2024

Durante a etapa de validação, os profissionais tinham a liberdade de sugerir novas alterações ao instrumento. Os itens que tiveram resposta 3 (item necessita de pequena reformulação para ser adequada) e os que apresentaram propostas, foram revisados e alterados para melhor adequação, conforme apresentado na versão final do protocolo.

De maneira geral, as sugestões apresentadas durante o processo de validação estavam relacionadas a: construção de um fluxograma ou outro instrumento “lúdico” como forma de deixar os principais pontos abordados no protocolo mais visíveis; a criação de um plano de cuidados já “pré-estabelecido” e a diminuição da extensão do protocolo, tornando-o mais “resumido”.

Quadro 1: Distribuição de frequência absoluta e relativa de respostas da validação de conteúdo ao instrumento

Domínio	4- Adequada/ n (%)	3- Necessita de pequena reformulação para ser adequada/ n (%)	2- Necessita de grande reformulação para ser adequada/ n (%)	1-Não adequada/ n (%)	Sugestões
1) Linguagem e compreensão do protocolo	29 (100%)	-	-	-	-
2) Clareza nos pontos abordados no protocolo	27 (93,1%)	2 (6,9%)	-	-	Tornas as informações mais sucintas
3) Relevância dos pontos abordados no protocolo	29 (100%)	-	-	-	-
4) Viabilidade da implementação do protocolo na maternidade	23 (79,3%)	6 (20,7%)	-	-	“Compactar” as informações; criar um instrumento lúdico ou fluxograma de cuidados “fixo” para ser disponibilizado no prontuário da paciente de fácil acesso à todos da equipe para preenchimento

Fonte: as autoras, 2024

Diretrizes ressaltam que o protocolo de luto perinatal deve abordar desde a comunicação de má notícia à família e se estender por toda a internação, parto, pós-parto ou cesárea, coleta de memórias do bebê, alta e cuidados pós alta (Fundação Oswaldo Cruz, 2023), por isso, tal protocolo tende a ser mais extenso, considerando todos os aspectos que nele são abordados, mesmo assim, foi realizada uma nova revisão do protocolo, tentando deixá-lo menos extenso, elaborando assim a versão final do protocolo (apêndice 4).

Pereira *et al.* (2017) apresenta o uso de um mnemônico como uma forma útil no treinamento das equipes institucionais e multiprofissionais para guiar o comportamento diante de uma família que experimenta o luto (Figura 8). Dessa forma, a fim de tornar o instrumento mais “lúdico” e de fácil visualização, foi acrescentado na versão final do protocolo o mnemônico P-A-C-I-E-N-T-E como plano de ação, este, por sua vez, foi proposto por uma equipe de pesquisadores brasileiros tomando como base o protocolo SPIKES – elaborado para a comunicação do diagnóstico de câncer- para o exercício técnico de comunicação de notícias difíceis, além disso, também é possível encontrá-lo no fluxograma da Febrasgo de atendimento em casos de óbito fetal (Pereira *et al.*, 2017; Salgado; Polido, 2018; Souza, 2023).

Figura 8: Mnemônico acrescentado na versão final do instrumento

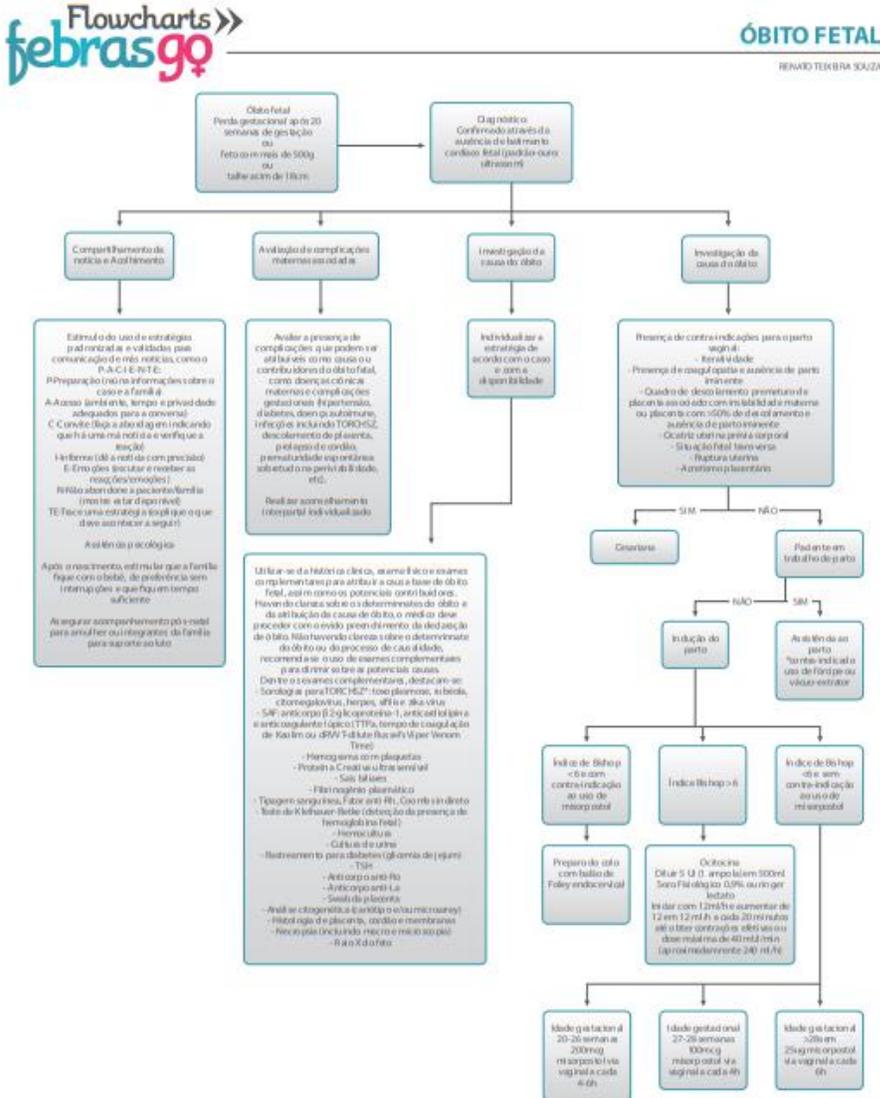
P <small>PREPARE</small>
A <small>ACESSE</small>
C <small>ONVITE À REALIDADE</small>
I <small>INFORME</small>
E <small>MOÇÕES</small>
N <small>ÃO ABANDONE O PACIENTE</small>
TE <small>TRACE UMA ESTRATÉGIA</small>
<p>P (PREPARE) e A (ACESSE)</p> <p>Procure saber o quanto a família sabe sobre a condição da gestação ou do bebê, e o quanto deseja conhecer. Garanta privacidade para essa conversa.</p>
<p>C (ONVITE À VERDADE)</p> <p>Nesse momento, podemos utilizar frases como: “Lamento, mas não tenho boas notícias”. Espere alguns segundos para que a família se manifeste, indicando que está preparada para ouvir as informações que virão a seguir.</p>
<p>I (INFORME)</p> <p>Nesse momento, a realidade da condição de saúde da gestação ou do bebê deve ser delicadamente exposta. Esse momento não pode acontecer imediatamente após o convite à realidade: é preciso esperar a sinalização de prontidão da família para que ele aconteça, a não ser que medidas de emergência tenham que ser discutidas.</p>

<p>E (EMOÇÕES)</p> <p>Quando o entendimento da situação acontece, a família passa a manifestar emoções. A equipe deve estar preparada para a escuta de lamentações, sem procurar justificar ou responder a cada uma das colocações dos pacientes. Deve-se acolher as reclamações e o sofrimento de forma empática.</p>
<p>N (NÃO ABANDONE O PACIENTE)</p> <p>Deixe claro para a família que a equipe vai continuar oferecendo cuidado a todos, incluindo o bebê, até o fim de todos os procedimentos necessários, sempre respeitando as escolhas da família e adequando a realidade institucional a elas.</p>
<p>TE (TRACE UMA ESTRATÉGIA)</p> <p>Explique detalhadamente todos os procedimentos que podem ser realizados a seguir, perguntando sobre as escolhas e preferências da família, quando aplicável. Deixe claro que a equipe continuará dando suporte a todos nesse momento difícil.</p>

Fonte: Pereira *et al.*, 2017

Pensando na sugestão da utilização de um fluxograma, em casos de óbito fetal o fluxograma elaborado pela Febrasgo poderá ser utilizado (Figura 9), que aborda desde a comunicação das notícias difíceis e acolhimento da mulher utilizando o mnemônico “p-a-c-i-e-n-t-e”, até a via de nascimento escolhida, explicitando também as condutas a serem adotadas em situação de indução do parto. Para tanto, foi adicionado este fluxograma na versão final do protocolo também.

Figura 9: Fluxograma de atendimento em casos de óbito fetal- Febrasgo



Fonte: Souza, 2023

Sabendo que a elaboração de um plano de cuidados durante o processo de atendimento desta mulher e família é um ponto abordado no protocolo, outra sugestão da equipe seria já deixar um plano de cuidados “pré-estabelecido” disponibilizado no prontuário da paciente, onde todos os profissionais tivessem acesso para preenchê-lo, isso evitaria que cada profissional que prestasse algum tipo de assistência à paciente fizesse a mesma pergunta que algum profissional anteriormente já tenha feito.

Levando isto em consideração e compreendendo que uma das recomendações é garantir que o plano de cuidados descreva os valores, preferência e desejos dos pais em relação ao cuidado e apoio e deve estar acessível a todos os membros da equipe multidisciplinar (CRE; Psanz, 2024), foi elaborado e adicionado na versão final do protocolo um modelo de plano de cuidados para que este seja anexado de forma eletrônica e física (impressa) no prontuário do paciente (Figura 10).

Figura 10: Plano de cuidados incluído na versão final do instrumento

- Plano de Cuidados em caso de óbito perinatal**
- 1) Via de nascimento:
 - () Parto normal
 - () Cesárea
 - 2) A mulher possui plano de parto ou plano de assistência à cesárea para ser seguido?
 - () Sim
 - () Não
 - 3) Como os pais desejam que a equipe se refira ao bebê?
 - () Pelo nome (_____)
 - () Apenas pelo termo "bebê"
 - 4) Os pais desejam realizar algum ritual religioso antes, durante ou após o nascimento do bebê?
 - () Sim
 - () Não

– Se a resposta for sim, verificar a possibilidade de realizar tal ritual
 - 5) A mulher e/ou o pai desejam ver o bebê após o nascimento?
 - () Sim
 - () Não

– Prepará-los para o que esperar sobre aparência física, tamanho, tônus e temperatura do bebê
 - 6) Os pais desejam que a equipe vista o bebê?
 - () Sim
 - () Não

- Questionar se os pais querem vesti-lo ou preferem que a equipe realize esta tarefa
 - 7) Os pais desejam que a equipe realize coleta de lembranças? – pulseira de identificação do bebê, fotografias, touca usada por ele após o nascimento, carimbo de placenta, carimbo de mãos e pés, mecha do cabelo e roupas especiais
 - () Sim
 - () Não

- É importante lembrar que não se deve iniciar a coleta de lembranças sem o envolvimento ou permissão dos pais
 - 8) A mulher deseja suprimir a lactação?
 - () Sim
 - () Não – orientar doação de leite materno para um banco de leite

A abordagem multiprofissional adotada nesta pesquisa, ao contar com um corpo de juízes composto por profissionais de diferentes áreas, ressalta a importância da visão interdisciplinar na validação do instrumento e na mudança da cultura assistencial, tal importância é descrita no estudo de Boylea *et al.* (2020), que afirma que os cuidados de luto perinatal respeitosos e solidários são uma responsabilidade partilhada entre a instituição de saúde e os profissionais que nela atuam, para que dessa forma seja possível o desenvolvimento de ambientes que possibilitem e apoiem as melhores práticas de cuidados.

Trabalhar no cuidado de perda perinatal e dar suporte a pais e família após a morte de um bebê pode ser intenso e complexo, durante o processo de validação os juízes também comentaram sobre o sentimento de tristeza e constrangimento que possuem no momento da abordagem dessas famílias, para tanto, também é indispensável reconhecer o impacto da morte perinatal nos profissionais da equipe. As recomendações organizacionais da Austrália e Nova Zelândia abordam sobre a importância de reconhecer e encontrar maneiras de gerenciar o impacto da morte perinatal nos profissionais de saúde, para que seja possível garantir o cuidado ideal dos pais e o bem-estar dos profissionais (CRE; Psanz, 2024).

Levando em consideração que a natimortalidade ainda é vista como um tabu em muitos países e, por isso, é tão negligenciada, refletindo na falta de treinamento apropriado sobre o cuidado de famílias que vivenciam uma perda perinatal, a elaboração do protocolo de óbito perinatal e sua implementação também é de grande utilidade para fins de educação permanente e sensibilização da equipe, ao descrever o que é um óbito perinatal e como deve ser a abordagem ao cuidado das mulheres e famílias nesse caso. Pesquisas apontam que educação, treinamento, recursos e suporte são facilitadores para um melhor atendimento, incluindo o desenvolvimento e implementação de protocolos e diretrizes condizentes com evidências científicas atuais (CRE; Psanz, 2024).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A natimortalidade é vista como um tabu em muitos lugares, pois a imensidão do luto é “calculada” de acordo com o tempo que os pais tiveram com o(a) filho(a) em vida, por isso, o luto intraútero ou de um nascido vivo até 7 dias de vida é tão negligenciado, o que enfatiza ainda mais a falta de preparo dos profissionais no que diz respeito ao cuidado de famílias que vivenciam uma perda perinatal.

Considerando o resultado da validação, podemos concluir que o objetivo deste estudo, na construção e validação de um protocolo de óbito perinatal, foi alcançado. Sendo assim, esta nova ferramenta poderá ser implementada no serviço a fim de melhorar a qualidade do cuidado prestado às mulheres e famílias enlutadas. Vale ressaltar que sua implementação também é de grande utilidade para fins de educação continuada e sensibilização da equipe.

É possível evidenciar também as fragilidades com relação ao cuidado prestado às mulheres e famílias enlutadas, visto que nem todos os profissionais estão aptos a prestar esse cuidado e grande parte das maternidades existentes não estão preparadas para esse suporte por não possuírem estrutura física adequada e nem protocolos e capacitações profissionais.

No que diz respeito as contribuições desta pesquisa, podemos dizer que ela é de extrema importância para o público que recebe atendimento na instituição, pois garante um cuidado individualizado, respeitoso e empático em situações de perda perinatal. Além disso, a proposta apresentada traz grandes contribuições para a gestão institucional, especificando o que fazer, quem fazer e como fazer em casos de óbito perinatal, podendo também ser utilizado pelo serviço como uma forma de capacitar e sensibilizar a equipe para um melhor atendimento ao público.

Vale ressaltar que a enfermagem é quem mais está presente diretamente durante todo esse processo e, por isso, precisa evitar que sentimentos como culpa e poucas lembranças do filho(a) sejam motivos que levem a um processo de luto complicado dos pais e familiares, uma vez que esse estado de luto impede a pessoa de superar a perda. Para tanto, o enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, precisa participar ativamente por meio de capacitações da equipe e fornecendo informações necessárias

para que o atendimento à mulher e família ocorra de maneira holística, respeitando os princípios elencados pela Teoria dos Cuidados de Swanson.

O cuidado requer dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, empatia, sensibilidade, envolvimento, percepção aguçada, interação e conhecimento baseado em evidências, para que seja eficaz e apresente resolutividade no que se refere à relação com o paciente e família nesse processo doloroso. Outro ponto importante é a presença do enfermeiro obstetra para um acompanhamento e acolhimento humanizado durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

No entanto, o cuidado ao paciente, ainda que prioritário da enfermagem, no contexto da humanização, precisa ser visto como um dever de cada pessoa e não como um dever exclusivo de uma classe profissional, ressaltando a importância da capacitação envolvendo a equipe multidisciplinar.

Dentro das limitações podemos dizer que os cuidados de luto perinatal são uma área difícil para o desenvolvimento de diretrizes e protocolos, uma vez que as evidências são relativamente escassas e o seu conteúdo altamente sensível e carregado de emoção. Torna-se limitante também as poucas evidências disponíveis que abordem especificamente sobre a enfermagem obstétrica no processo de luto perinatal, uma vez que a grande maioria da literatura aborda a enfermagem de maneira geral. Além disso, a difícil comunicação com a equipe de pediatria e neonatologia impossibilitou a elaboração de um plano de cuidados para o bebê que nasce vivo com condição limitante de vida e evolui à óbito até o sétimo dia de vida.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Mãe de natimorto deve ter direito a ala separada na maternidade, prevê projeto**. Senado Notícias, 2024. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/02/15/mae-de-natimorto-deve-ter-direito-a-ala-separada-na-maternidade-preve-projeto>>. Acesso em: 18 jul. 2024.

AGUIAR, A. C. R.; SODRÉ, L. K. DE A. Óbitos fetais e Perinatais: informações epidemiológicas registradas no município de Cascavel/PR. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 12, n. 5, 29 maio 2023.

AGUIAR, H. C.; ZORNIG, S. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 264–281, ago. 2016. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v21n2/a01v21n2.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas-SP, v. 16, p. 3061–3068, jul. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BARCELLOS, L.; MOREIRA, M. **As cinco fases do luto de Elisabeth Kübler-Ross: fato ou ficção?**. Ed 1. Brasília: editora Instituto Walden4, 2022.

BEZERRA, N. DE A. *et al.* O cuidado de enfermagem aos pais que vivenciaram o óbito fetal: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Pernambuco, v. 77, p. 1-9, 15 mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0811pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qsBfKHwQZDkdRg6M79rcjnv/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 03 fev. 2024.

BORGES, D. C. *et al.* Fatores de risco associados à mortalidade perinatal: um estudo de caso-controle. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 48, n. 3, p. 1-11, maio, 2019. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/511>. Acesso em: 20 fev 2023.

BOYLEA, F. M. *et al.* Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care — An overview. **Women and Birth**, Australian, v. 33, n. 2, p. 107–110, Mar, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519218317013?via%3Dihub>. Acesso em: 01 mar. 2024.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Nº 14.874, de 28 de Maio de 2024**. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Brasília, DF: Câmara dos deputados, 2024. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14874-28-maio-2024-795693-publicacaooriginal-171916-pl.html>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. **Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 21 dez. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos; revoga as (Res. 196/96); (Res. 303/00); (Res. 404/08). Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 12 jan. 2024.

CRE, CENTRE OF RESEARCH EXCELLENCE IN STILLBIRTH; PSANZ, PERINATAL SOCIETY OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND. **Care Around Stillbirth and Neonatal Death, Clinical Practice**

Guideline. 5. ed. Austrália, 2024. Disponível em: <<https://learn.stillbirthcre.org.au/learn/casand/>>. Acesso em: 28 jul. 2024

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo misto.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em:

https://www.academia.edu/95271542/_Livro_CRESWELL_John_W_PROJETO_DE_PESQUISA_M%C3%89TODOS_QUALITATIVO_QUANTITATIVO_MISTO_2010_. Acesso em: 02 dez. 2024.

DAHDAH, D. F. *et al.* Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, SP, v. 27, p. 186–196, mar. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/YVK3nsVQscVYTnXfc4rMBBp/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2024.

DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Ministério da Saúde.** Sistema de informações sobre mortalidade- SIM. Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos - Paraná. 2022. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10pr.def>>. Acesso em: 11 fev. 2024a.

DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Ministério da Saúde.** Sistema de informações sobre mortalidade- SIM. Óbitos fetais - Paraná. 2022. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10pr.def>>. Acesso em: 11 fev. 2024b.

DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Ministério da Saúde.** Sistema de informações sobre mortalidade- SIM. C.5 Taxa de Mortalidade Perinatal (coeficiente da mortalidade perinatal). [20--]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc05.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção básica pelos conselhos regionais.** Brasília, 2019. Disponível em: Livro - Diretrizes para elaboração de protocolos V3.indd. Acesso em: 21 dez. 2024.

DUARTE, M. G. **Luto na maternidade:** construção de cartilha para cuidados em situação de óbito perinatal. 10 jun. 2019. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

FÉREZ, A. F. *et al.* Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Suíça, v. 18, n. 11, p. 5587, jan. 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/5587>. Acesso em: 19 jan. 2024.

FERNÁNDEZ-SOLA, C. *et al.* Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Chile, Espanha, Londres, v. 17, n. 10, p. 3421, jan. 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/10/3421>. Acesso em: 26 jan. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.

Postagens: **Principais Questões sobre Luto Perinatal.** Rio de Janeiro, 17 mar. 2023. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-luto-perinatal>> . Acesso em: 07 maio 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Luto Perinatal.** Rio de Janeiro, 2023. Inclui apresentação em PowerPoint (25 p.). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/58166>. Acesso em: 19 jan. 2024b.

FONSECA, A. C. **“Não sei porque você se foi, quantas saudades eu senti”:** vivências de mulheres em luto perinatal. Orientador: Prof. Dra. Glenda Agra. 16 ago. 2022. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado em Enfermagem)- Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2022.

IGNACIO, E. S.; MEDEIROS, A. P. Nascimento e Morte: o Apagamento do Luto durante a Perinatalidade. **Revista de psicologia**, São Paulo, v. 17, n. 66, p. 253–272, 31 maio 2023. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3743>. Acesso em: 18 jul. 2024.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. **Educational Researcher**, v. 33, n. 7, p. 14–26, 1 out. 2004. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.3102/0013189X033007014>. Acesso em: 22 dez. 2024.

LAGUNA, T. F. DOS S. *et al.* O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, 18 maio 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15347/13777>. Acesso em: 20 jan. 2024.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. DA. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, p. 1120–1138, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2024.

LEONÁCIO, M. DO S. *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde dos profissionais frente ao luto perinatal em pacientes hospitalizados: protocolo de revisão de escopo. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, Ceará, v. 11, n. 12, 8 set. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34019>. Acesso em: 28 jan. 2024.

LOPES, B. G. *et al.* A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. **Revista Stricto Sensu**, Ponta Grossa, v. 4, n. 2, p. 29-40, jul. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/a-dor-de-perder-um-filho-no-periodo-perinatal-uma-revisa%CC%83o-integrativa-da-literatura-sobre-o-luto-materno/>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MACHADO, J. R. F. Metodologias de pesquisa: um diálogo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo. **Devir Educação**, Uberaba, v. 7, n. 1, p. e-697, 30 jul. 2023. Disponível em: <https://devireducacao.ded.ufla.br/index.php/DEVIR/article/view/697>. Acesso em: 10 out. 2024.

MONTERO, S. M. P. *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Espanha, v. 19, n. 6, p. 1405–1412, 1 dez. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4458>. Acesso em: 08 dez. 2024.

NOBREGA, A. A. da. *et al.* Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wiggleworth modificada. **Cadernos de Saúde Pública**, Brasília, v. 38, p. 1-13, 12 jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PbGVP7GjGKDYLG9q46KdZnP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2024.

OLIVEIRA, T. DA C. *et al.* A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. **Enfermagem em Foco**, Alagoas, v. 9, n. 2, p. 03-06, 23 out. 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1138/434>. Acesso em: 21 dez. 2024.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. **Linha Guia- Atenção Materno Infantil**: gestação. 8. ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, v. 1, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_gui_a_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf. Acesso em: 3 mar. 2024.

PARIS, G. F.; MONTIGNY, F. DE; PELLOSO, S. M. Equivalência da escala de luto perinatal para escala de luto parental após a perda de um filho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 21, 7 ago. 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/59136/751375154659>. Acesso em: 28 jan. 2024.

PARIS, G. F.; MONTIGNY, F. D.; PELLOSO, S. M. Prática profissional no cuidado ao luto materno diante do óbito fetal em dois países. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, p. 01-07, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TynmTGvVzRLXSSSqwrcNtJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2024.

PEREIRA, C. R. *et al.* The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, p. 43–49, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ZsJ6YRHdDq64ygzZbqhwRN/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 21 dez. 2024.

RAVALDI, C. *et al.* Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. **Midwifery**, v. 64, p. 53–59, 1 set. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613818301517>. Acesso em: 28 jul. 2024.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2095.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024.

SALGADO, H. DE O. *et al.* The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. **Reproductive Health**, v. 18, n. 1, p. 5, 6 jan. 2021. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-01040-4>. Acesso em: 08 maio 2024.

SALGADO, H. DE O.; POLIDO, C. A. **Como Lidar Luto Perinatal: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal**. São Paulo: Ema Livros, 2018.

SAMPAYO, L. H. Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo. **Cultura de los Cuidados-Revista de Enfermería y Humanidades**, España, n. 54, mar. 2019. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/96328/1/CultCuid_54-59-66.pdf. Acesso em: 21 dez. 2024.

SAMPIERI, C,R,H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodología dela investigación**. 1. ed. México: McGraw-Hill, 1991. Disponível em: https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/metodologia-de-la-investigaci%C3%83%C2%B3n_sampieri.pdf. Acesso em: 22 dez. 2024.

SANTOS, V. M. M. DOS. Luto perinatal: exemplos de atuação da profissional psicóloga. *In: Anais do 1º Congresso Internacional Ciência e Sociedade, 2023. Anais eletrônicos...*, Teresina- PI: Galoá, out. 2023. Disponível em: <<https://proceedings.science/cics-2023/trabalhos/luto-perinatal-exemplos-de-atuacao-da-profissional-psicologa-2?lang=pt-br>>. Acesso em: 28 jan. 2024.

SANTOS, J. L. F.; MUNER, L. C. Luto: os aspectos psicológicos da criança na segunda infância em seu processo. **Revista Cathedral**, Boa Vista- RR, v. 2, n. 4, p. 108–118, 2 dez. 2020. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/246>. Acesso em: 28 jan. 2024.

SERAFIM, T. C. *et al.* Atenção à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 42, 21 maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/cxftp9TcmWVGNprjtFqXkW9p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SILVA, C. D. B.; CARRETA, P. M. Luto: uma descrição sobre os processos de elaboração do enlutado. **Revista Farol**, Rondônia, v. 6, n. 6, p. 61–77, 2 fev. 2018. Disponível em: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/112/111>. Acesso em: 28 jan. 2024.

SILVA, E. E. G. DA *et al.* Percepção dos profissionais da saúde acerca da comunicação de más notícias e óbitos no contexto perinatal. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/351570722_Percepcao_dos_profissionais_da_saude_acerca_da_comunicacao_de_mas_noticias_e_obitos_no_contexto_perinatal>. Acesso em: 7 maio. 2024.

SILVA, G. R. DA *et al.* Assistência de enfermagem no processo de morte perinatal. **Revista Foco**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. e4663–e4663, 15 mar. 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4663/3320>. Acesso em: 08 dez. 2024.

- SILVEIRA, J. *et al.* O luto nas diferentes etapas do desenvolvimento humano. *In*: COSTA, E. F. (Ed.). **Psicologia em Foco: Temas Contemporâneos**. 1. ed. [s.l.] Editora Científica Digital, 2020, cap. 15. p. 174–188. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/books/chapter/200700788>. Acesso em: 28 jan. 2024.
- SOUZA, R. T. **Óbito fetal (flowchart)**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2023. [Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/fluxopdf/assets/pdf/Obito-fetal.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2024.
- SZYHTA, C. C. *et al.* Fatores de risco para óbito perinatal em gestantes de alto risco de um hospital terciário de Curitiba-PR, Brasil: estudo caso-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 28, p. 1043–1058, 7 abr. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dGPVhvnqRL4mswr6DTspS4D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2024.
- TALOME, R. Diretrizes orientam assistência ao luto por perda do bebê na gestação ou primeiros dias de vida. *In*: CIÊNCIA. **Jornal da USP**. Ribeirão Preto, 03 nov. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencia-pesquisadora-organiza-diretrizes-para-a-assistencia-a-maes-e-familiares-no-luto-perinatal/>. Acesso em: 7 maio. 2024.
- TAVERNA, G.; SOUZA, W. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Caderno Teológico da PUCPR**, v. 7, n. 1, p. 38–55, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/cadernoteologico/article/view/28011>. Acesso em: 09 fev. 2024.
- TEIXEIRA, M. L. *et al.* A assistência da enfermeira após perda perinatal: o luto após o parto. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 3, p. 14 mar. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13106/11968>. Acesso em: 20 jan. 2024.
- TESFAY, N. *et al.* Timing of perinatal death; causes, circumstances, and regional variations among reviewed deaths in Ethiopia. **National Library of Medicine**, Estados Unidos da América v. 18, n. 5, p. e0285465, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37159458/>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- THORNTON, R.; NICHOLSON, P.; HARMS, L. Scoping Review of Memory Making in Bereavement Care for Parents After the Death of a Newborn. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 48, n. 3, p. 351–360, 1 maio 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217519300103>. Acesso em: 26 jul. 2024.
- TRISTÃO, V. A. **Evolução da mortalidade perinatal na região sudeste no período de 2000 a 2020**. 2022. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 5 dez. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/37234>. Acesso em: 20 jan. 2024.
- VIEIRA, F. M. DOS S. B.; KALE, P. L.; FONSECA, S. C. Aplicabilidade da Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde, para análise de óbitos perinatais em municípios dos estados Rio de Janeiro e São Paulo, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e201942, 15 maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e201942/>. Acesso em: 22 out. 2024.
- WANG, H. *et al.* Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1725–1774, 8 out. 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931575-6>. Acesso em: 22 out. 2024.
- WHO, World Health Organization. Portal de dados de saúde materna, neonatal, infantil e adolescente. **Natimorto**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=>. Acesso em: 26 jul. 2024.

ANEXOS

ANEXO 1

HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 7.003.124

perinatal com a respectiva equipe da maternidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Há riscos de vazamento de informações, quebra de sigilo e anonimato e desconforto ao responder à pesquisa. Para minimizar os riscos e atendendo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisas em seres e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e

deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (Conselho Nacional de Saúde, 2013), o pesquisador utilizará códigos para identificação dos participantes (E1, E2, E3). Além disso, os dados serão armazenados em computador pessoal, protegido com senha e guardados por 5 anos. Após esse período, as informações serão descartadas. Caso o participante que esteja respondendo o questionário online sinta algum desconforto, o pesquisador em questão estará à disposição para

atendimento via e-mail e telefones disponibilizados no TCLE, vale ressaltar que o indivíduo poderá desistir de participar a qualquer momento. Durante o processo de validação do protocolo será garantido espaço físico privativo na maternidade em que atuam os profissionais. Caso o participante tenha algum desconforto será prestada assistência e orientado a buscar assistência em local de pronto atendimento.

Benefícios: O benefício por participar da pesquisa será a participação na construção do instrumento. No que diz respeito à instituição e à população atendida neste serviço, o benefício está relacionado a existência de um protocolo desenvolvido de acordo com as necessidades do local e da população alvo, além de auxiliar as equipes nas tomadas de decisão, uniformizar condutas e garantir uma assistência de qualidade, segura e humanizada baseada em evidências científicas. Serão respeitados todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos

procedimentos envolvendo pesquisas com seres humanos e contidos na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, dessa forma, a pesquisa será submetida à análise e julgamento do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Saúde Pública do Paraná que é reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante para a especialidade e ao serviço

Sem óbices éticos

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** oep.cht@sesa.pr.gov.br

HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 7.003.124

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma e termo de compromisso dos pesquisadores apresentados e adequados

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2347821.pdf	26/07/2024 21:49:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_READEQUADO.pdf	26/07/2024 21:44:37	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DA_EQUIPE.pdf	26/07/2024 21:42:33	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito
Outros	CARTA_PARA_EMENDA_PROJETO.pdf	26/07/2024 21:41:30	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	18/07/2024 09:56:10	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/07/2024 09:54:13	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.pdf	06/07/2024 20:45:11	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia_direcao_academica.pdf	06/07/2024 20:27:35	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia_insttuicao.pdf	06/07/2024 20:25:02	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_patricia.pdf	06/07/2024 20:17:38	FABIOLA SCHIRR CARDOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
 Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3212-5829 Fax: (41)3212-5709 E-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br

HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 7.003.124

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 13 de Agosto de 2024

Assinado por:
Fabio Carvalho
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5829 **Fax:** (41)3212-5709 **E-mail:** cep.cht@sesa.pr.gov.br

APÊNDICES

Apêndice 1

Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE)

Nós, Patrícia de Miranda Moura, Fabíola Schirr Cardoso e Louise Bueno Lelli Tominaga, pesquisadores do Hospital do Trabalhador pela Escola de Saúde Pública do Paraná, estamos convidando (o Senhor, a Senhora), profissional de saúde da maternidade que participa dos cuidados às mulheres em situação de óbito perinatal, a participar de um estudo intitulado “Humanização à saúde da mulher diante da perda perinatal: protocolo de óbito perinatal”.

O objetivo desta pesquisa é validar um protocolo institucional elaborado a partir das informações e recomendações obtidas nas literaturas existentes referente ao atendimento às mulheres enlutadas pela perda de um bebê.

Atualmente no Brasil não há diretrizes de apoio para mortes neonatais, os serviços de saúde e as equipes que os compõem lidam com o óbito perinatal de acordo com a sua crença ou ao que lhe convém, não há apoio institucional disponível para auxiliar a equipe nessa tarefa, portanto, traçar diretrizes de apoio e elaborar protocolos com foco no atendimento às famílias enlutadas poderá promover a estruturação do cuidado e o bem-estar dos enlutados e dos profissionais de saúde.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessário preencher o questionário de validação do protocolo de óbito perinatal, esse processo de validação ocorrerá em espaço físico privativo na maternidade em que atuam.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto, principalmente ao recordar de momentos de óbito perinatal que já presenciou, neste caso, o pesquisador em questão estará à disposição para atendimento presencialmente na maternidade, via e-mail e telefones disponibilizados no TCLE. Caso o participante tenha algum desconforto será prestada assistência no local e orientado a buscar assistência em local de pronto atendimento.

O benefício por participar da pesquisa será a participação na construção do instrumento.

As pesquisadoras Patrícia de Miranda Moura, Fabíola Schirr Cardoso e Louise Bueno Lelli Tominaga responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo no seguinte local: Av. Rep. Argentina, 4406 - Novo Mundo, Curitiba - PR, 81050-000. Via telefone: (41) 98822-0909 ou (41) 9233-8000. Via e-mail: patricia.mmoura@outlook.com e/ou schirr.fabiola@gmail.com e/ou louiselelli@yahoo.com.br. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (41) 98822-0909 ou (41) 9233-8000. Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP SH/SESA/HT pelo Telefone 3212-5829 das 08:00 horas as 15:00 horas de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail: cep.cht@sesa.pr.gov.br.

O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimento científico e não científico que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, são elas as pesquisadoras: Patrícia de Miranda Moura, Fabíola Schirr Cardoso e Louise Bueno Lelli Tominaga. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. O material obtido por meio do questionário será utilizado unicamente para esta pesquisa, serão armazenados em computador pessoal, protegido com senha, e será destruído ou descartado após 5 anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como a necessidade de folha de papel A4 e caneta, não são de sua responsabilidade; entretanto, (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro apenas pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa. Por fim, entendi que receberei uma via deste Termo de Consentimento assinada pelo representante da equipe de pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ ,

Nome por extenso do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba,

Apêndice 2

Formulário De Validação Do Protocolo De Óbito Perinatal

Dados de identificação do Juiz

Idade:

Sexo:

Cargo que ocupa na instituição:

Tempo de atuação na instituição:

Questionário de validação

1- Quanto à linguagem e compreensão do protocolo:

() 1- Não adequada

() 2- Necessita de grande reformulação para ser adequada

() 3- Necessita de pequena reformulação para ser adequada

() 4- Adequada

- Sugestões para adequação:

2- Quanto à clareza nos pontos abordados no protocolo:

() 1- Não adequada

() 2- Necessita de grande reformulação para ser adequada

() 3- Necessita de pequena reformulação para ser adequada

() 4- Adequada

- Sugestões para adequação:

3- Quanto à relevância dos pontos abordados no protocolo:

- () 1- Não adequada
- () 2- Necessita de grande reformulação para ser adequada
- () 3- Necessita de pequena reformulação para ser adequada
- () 4- Adequada

- Sugestões para adequação:

4- Quanto à viabilidade da implementação do protocolo na maternidade:

- () 1- Não adequada
- () 2- Necessita de grande reformulação para ser adequada
- () 3- Necessita de pequena reformulação para ser adequada
- () 4- Adequada

- Sugestões para adequação:

Total do IVC:

Apêndice 3

Protocolo De Óbito Perinatal- Versão Apresentada Aos Juízes

1 INTRODUÇÃO

Segundo Aguiar e Sodré (2023, pag. 02), óbito fetal (OF) é definido como “a morte do produto da concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação”. Os mesmo autores caracterizam o óbito fetal quando este ocorre a partir de 22 semanas completas de gestação ou mais, ou quando ocorre o óbito de um feto com 500g ou mais, ou medindo 25cm ou mais de comprimento vértice-calcâneo (Aguiar; Sodré, 2023).

Já quando ocorre a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção e, independentemente do tempo de duração da gestação, ao nascer respire ou apresente qualquer sinal indicativo de vida, como por exemplo a presença de batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentação/ contração muscular mesmo antes da secção do cordão ou dequitação placentária, este, por sua vez, é definido como Nascido Vivo (NV) (Aguiar; Sodré, 2023, pag.02).

Dessa forma, levando em consideração as definições apresentadas acima e de acordo com a definição utilizada pelo Ministério da Saúde, o óbito perinatal engloba a morte do feto antes do seu nascimento- OF, ou seja, quando o óbito ocorre entre a 22ª semana completa de gestação, e a morte de um lactante NV com menos de 7 dias de vida, sendo um importante indicador da assistência obstétrica, neonatal e do nível socioeconômico da população (Aguiar; Sodré, 2023; Borges *et al.*, 2019).

Para tanto, compreender em que momento ocorreu o óbito é de suma importância para definir e planejar programas e prioridades de saúde (Tesfay *et al.*, 2023). Esses momentos podem ser divididos em:

- 5) Antes do início do trabalho de parto (natimorto pré parto);
- 6) Durante o início do trabalho de parto (natimorto intraparto);
- 7) Hora desconhecida da morte fetal antes do nascimento (natimortos desconhecidos);
- 8) Após o parto (morte neonatal) (Tesfay *et al.*, 2023).

Tesfay *et al.* (2023), ainda destaca que no mundo, 42,3% dos óbitos perinatais ocorrem no momento intraparto, enquanto 75% ocorrem durante o período neonatal, podendo em sua grande maioria ser evitados com cuidados qualificados durante o pré-natal, durante e após o parto.

As principais causas de óbito perinatal variam de acordo com a cobertura assistencial de cada região, em locais em que há acesso à atendimento de saúde de qualidade, as causas variam entre malformações congênitas, parto prematuro e crescimento intrauterino restrito, já em locais de baixa cobertura assistencial, asfixia e doenças infecciosas são as mais predominantes (Szytha *et al.*, 2023).

A taxa de mortalidade perinatal possui impacto direto nos indicadores de avaliação de programas assistenciais na área materno-infantil e reflete as condições socioeconômicas e de assistência ao binômio mãe-feto da região durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Szytha *et al.*, 2023; Tristão, 2022).

O processo de luto pode ser vivenciado pela perda de uma pessoa, um emprego, um objeto e até mesmo uma mudança de casa, ou seja, qualquer quebra de vínculo que faça com que esse indivíduo a reorganize sua vida gradualmente e experiencie diferentes reações, sensações e emoções que fazem parte do processo de luto (Silveira *et al.*, 2020).

O processo de luto é indispensável e necessita de acompanhamento e manejo de profissionais de forma a garantir que o enlutado tenha o suporte necessário para sua elaboração (Silva; Carreta, 2018).

O óbito fetal ou neonatal vai contra todo o curso vital que se espera para uma criança na sociedade, normalmente acontece de forma inesperada tornando ainda mais fácil o desenvolvimento de problemas físicos e psicológicos principalmente nas mães (Lopes *et al.*, 2019).

A experiência mais dolorosa pelo qual o ser humano pode passar é a morte de um filho, seja intraútero, pequeno ou crescido, e, por isso, também é a manifestação mais comum de luto complicado (Pariz; Montigny; Pelloso, 2022).

O luto perinatal é uma etapa vivenciada com intensa frustração de expectativas, é muito mais que perder um filho, é retirar da mãe e de um pai a oportunidade de serem

pais, é uma experiência dolorosa, intensa e que normalmente é permeada por sentimento de impotência pelos pais (Fonseca, 2022).

A dor da perda de um feto ou de um recém-nascido ainda é pouco discutida pelo mundo, ao mesmo tempo que é subestimada e desvalorizada, não legitimada, como se não existisse espaço social e cultural para vivenciar todo o processo de luto (Leonácio *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2019).

É comum de ouvir frases como: “em breve você poderá engravidar de novo” ou “foi melhor assim” na tentativa de minimizar o sofrimento daquela mulher e família, no entanto, tais atitudes diminuem o suporte social à mulher e dificultam o seu luto (Santos, 2023).

O impacto da morte perinatal é uma experiência que se estendem até aos profissionais da saúde que acompanharam a gestante durante todo o ciclo gravídico-puerperal e, por isso, na maioria das vezes esses encontram dificuldades para abordar e prestar os cuidados necessários à essa mulher e família em luto perinatal (Fonseca, 2022).

O óbito perinatal está entre os eventos mais difíceis de ser vivenciado pela equipe de saúde da maternidade, especialmente por se tratar de uma inversão do ciclo da vida que é interrompida logo em seu começo. Por isso, profissionais da área de obstetrícia e neonatologia estão propensos ao desenvolvimento de estados depressivos e burnout ocupacional ao longo do tempo, e isto está relacionado à falta de capacidade para lidar com o óbito nesse ambiente (Fundação Oswaldo Cruz, 2023; Silva *et al.*, 2021).

Estudos demonstram que a equipe possui dificuldade em estabelecer uma interação com as mulheres e famílias que vivenciam o óbito e tal dificuldade está diretamente relacionada com a ausência de sensibilização e capacitação na temática, e, além da falta de preparo, barreiras relacionadas ao ambiente físico dos serviços e às formas de organização do trabalho também interferem na maneira como ocorre esse acolhimento (Serafim *et al.*, 2021).

Portanto, traçar diretrizes de apoio e elaborar protocolos com foco no atendimento às famílias enlutadas poderá promover a estruturação do cuidado e o bem-estar dos enlutados e dos profissionais de saúde (Salgado *et al.*, 2021).

2 OBJETIVO

Padronizar e preparar a equipe para o atendimento de mulheres enlutadas diante uma situação de perda perinatal durante toda sua permanência na instituição e em todos os setores assistenciais da Maternidade do Hospital do Trabalhador, com o objetivo de promover a estruturação do cuidado fornecendo padrões para as melhores práticas de atendimento, afim de garantir o bem-estar dos enlutados e dos profissionais de saúde.

3 RESPONSABILIDADES E CAMPO DE APLICAÇÃO

O presente documento aplica-se aos médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, residentes de medicina e enfermagem, psicólogos e assistentes sociais que participam direta e indiretamente da assistência à mulheres e famílias que sofreram uma perda perinatal.

4 ABORDAGEM AO CUIDADO

Esta seção do protocolo descreve uma abordagem ideal para o cuidado em torno de natim

orto e morte neonatal (CRE; PSANZ, 2024).

Possui o intuito de auxiliar os profissionais de saúde da linha de frente a fornecer atendimento e suporte de alta qualidade aos pais e familiares após a morte de um bebê antes ou logo após o nascimento.

4.1 Recomendações de abordagem

- Uma equipe multidisciplinar deve supervisionar o cuidado em todo o continuum, do diagnóstico ao planejamento do nascimento e da morte, até a transição do hospital para a comunidade;
- A equipe deve considerar os apoios que podem ser necessários para atender às necessidades culturais, religiosas e/ou espirituais dos pais e da família.

- Use uma linguagem e terminologia respeitosa e sensível que seja honesta, realista e compreensível;
- Siga a orientação dos pais em relação à linguagem preferida para o bebê;
 - Use a palavra “bebê” se for aceitável para os pais;
 - Pergunte aos pais se eles já deram um nome ao bebê e, se sim, peça permissão para usar o nome.

- Esteja ciente de que o estresse e o sofrimento podem afetar muito como as pessoas absorvem, retêm e respondem às informações. Personalize as informações:
 - Usando perguntas abertas;
 - Repetindo informações e verificando com os pais se eles entenderam;
 - Oferecendo aos pais informações e recursos culturais e linguisticamente adequados sobre o luto perinatal e o que esperar;
 - Dar aos pais tempo e espaço para ler informações e recursos quando estiverem prontos.

- Normalize e valide a experiência individual de luto e perda dos pais. Apoie os pais a expressarem suas preocupações confirmando seus sentimentos e tendo discussões abertas sobre suas necessidades.
 - Esteja ciente de possíveis diferenças na forma como os parceiros e familiares expressam o luto;
 - Reconheça a experiência de perda do pai/parceiro e sua identidade como pai;
 - Reconheça a dor e a perda de outros familiares, especialmente avós e outras crianças (irmãos);
 - Forneça aos pais e familiares informações e oportunidades de apoio social e emocional, incluindo apoio de colegas, aconselhamento profissional e serviços de psicologia, além de outros serviços de apoio ao luto;
 - Usar caminhos de encaminhamento para garantir suporte profissional e contínuo para os pais que podem estar em risco de desenvolver problemas de saúde

mental (por exemplo, estresse pós-traumático), especialmente pais que tem condições de saúde mental preexistentes.

- O cuidado deve ser apropriado às necessidades culturais, religiosas e/ou espirituais dos pais. Os profissionais de saúde devem:
 - Evitar estereótipos culturais e suposições baseadas na cultura;
 - Estar ciente e receptivo às abordagens individuais, culturais, religiosas e/ou espirituais à morte e às expressões de luto e perda.

5 CUIDADOS COM PERDAS PERINATAIS

O objetivo desta seção é auxiliar os profissionais de saúde da linha de frente a fornecer aos pais e familiares cuidados e apoio para atender às suas necessidades individuais, assim como apoiar a tomada de decisões e o planejamento de cuidados centrados nos pais (CRE; PSANZ, 2024).

5.1 Recomendações ao comunicar más notícias

A condição, o diagnóstico e o prognóstico de um bebê geralmente são complexos e incertos. A forma como as notícias são comunicadas aos pais tem efeitos imediatos e duradouros nas experiências de cuidado e bem-estar dos pais. Essa comunicação deve ocorrer sempre de forma respeitosa, honesta e livre de distrações (CRE; PSANZ, 2024).

- A opção de ultrassom deve estar sempre disponível e ser usada para diagnosticar morte ou outras condições em um bebê não nascido. Uma segunda opinião deve ser considerada quando apropriado.
 - Garantir que os ultrassonografistas sejam considerados parte da equipe multidisciplinar, estejam cientes do contexto clínico e recebam informações relevantes ao cuidar dos pais no contexto de perda perinatal;

- Avise aos pais que pode haver períodos de silêncio durante procedimento como exames;

- Resultados adversos devem ser comunicados por um profissional de saúde experiente e empático.

- Antes de dar má notícias, certifique-se de que você está bem posicionado para responder às perguntas dos pais reunindo informações relevantes e consultando colegas, quando necessário. Se você não tiver certeza de uma resposta ou se as informações não estiverem disponíveis, garanta aos pais que você buscará as informações de que eles precisam;
- Ao dar más notícias:
 - Comunicar a notícia em um espaço seguro e privado para ambos os pais juntos, se isso não for possível, comunicar primeiro à mulher, antes dos outros;
 - Use uma comunicação atenciosa e clara e uma terminologia sensível ao se referir ao bebê (por exemplo, pergunte aos pais se eles têm um nome para o bebê e peça permissão para chama-lo pelo nome);
 - Reconhecer a angústia, os sentimentos e as preocupações dos pais;
 - Garantir aos pais que tudo o que é possível está sendo feito para verificar a condição do bebê e se oferecer para ficar e dar apoio ou responder as perguntas;
 - Informar aos pais sobre os atrasos esperados entre as investigações e os resultados e mantê-los atualizados.
- Não deixe os pais sozinhos sem informações. Se uma mulher tiver comparecido sozinha, ofereça-se para contatar seu parceiro ou outra pessoa de apoio;
- Avise os pais sobre a possibilidade de movimentação passiva do bebê após o diagnóstico de morte. Se os pais relatarem movimento após o exame, ofereça apoio e repita o exame.

5.2 Recomendações para o planejamento de cuidados e tomada de decisão

Os pais enfrentam muitas decisões difíceis e carregadas de emoção quando seu bebê não nascido é diagnosticado com uma condição limitante de vida ou morre, por isso, todo o planejamento de cuidados, incluindo decisões sobre o modo e o momento do nascimento do bebê e os cuidados no fim da vida, deve ser conduzido dentro de uma abordagem de tomada de decisão centrada nos pais, garantindo uma relação de parceria entre pais e profissionais, mantendo seus valores e preferências (CRE; PSANZ, 2024).

- Organize uma consulta formal com os pais para discutir sua compreensão do diagnóstico e das opções disponíveis. Garanta que os pais tenham informações claras e tempo para considerar todas as opções disponíveis onde eles precisam tomar decisões;
- Desenvolva um plano de cuidados detalhado em todas as fases do atendimento, incluindo:
 - Plano de cuidados de gravidez, incluindo preparação individualizada e apoio para o parto e nascimento, isso inclui assistência psicológica antes do nascimento;
 - Plano de assistência ao parto materno, mais conhecido como plano de parto ou, dependendo da via de nascimento escolhida, plano de assistência à cesárea;
 - Plano de cuidados para recém-nascidos, descrevendo os cuidados que os pais desejam que sejam realizados com o bebê, como ser colocado em contato com a mãe logo após o nascimento, vesti-lo e entre outros cuidados;
 - Plano de cuidados para perdas perinatais, explicitando a necessidade de um quarto reservado, o período que essa mulher irá permanecer internada, assistência psicológica que irá receber nesse período e entre outros cuidados após o nascimento;
 - Plano de alta e suporte contínuo.
- As discussões em torno do planejamento de cuidados devem:
 - Identificar quem os pais querem que esteja envolvido na tomada de decisões (por exemplo, familiares, líderes espirituais ou outras pessoas de apoio);

- Reconhecer o papel dos pais (ou da pessoa de apoio escolhida) como principal tomador de decisões e cuidados do seu bebê;
 - Incorporar valores, preferências, desejos e necessidades dos pais.
- Ofereça diversas oportunidades para os pais fazerem perguntas e explorem suas preocupações com o mesmo profissional de saúde informado, experiente e confiável.
 - Ofereça oportunidades para que os pais revejam suas decisões, mas informe-os sobre questões críticas de tempo (por exemplo, modo de parto, como a condição do bebê pode mudar, tempo para autópsia).
 - Discuta vantagens e desvantagens das opções com os pais, família, acompanhante ou pessoa de apoio;
 - Forneça informações adequadas para que os pais saibam o que esperar e possam tomar decisões informadas sobre seus cuidados;
 - Garanta que os planos de cuidados sejam arquivados nos prontuários médicos para garantir uma boa comunicação entre todos os profissionais de saúde e membros da equipe multidisciplinar.

5.3 Recomendações de cuidados durante o processo de nascimento

A via de nascimento ideal após a morte de um bebê não nascido ou quando se espera que um bebê nasça com uma condição limitante de vida, é aquele que combina considerações médicas e valores, preferências e desejos dos pais (CRE; PSANZ, 2024).

- Os pais devem ter todo o tempo necessário para tomar decisões sobre as opções oferecidas.
 - Avise aos pais que o trabalho de parto e o parto vaginal podem proporcionar benefícios físicos e emocionais, em comparação a uma cesárea sem indicação obstétrica. No entanto, os valores, preferências e desejos dos pais precisam ser respeitados;

- Certifique-se de que os pais entendam o que geralmente acontece durante o trabalho de parto de um bebê que morreu e como o bebê pode se parecer e se sentir após o nascimento (por exemplo, aparência física, tamanho, tônus e temperatura);

- Informe aos pais que há uma gama completa de opções farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor disponível para eles;

- Ofereça fortes analgésicos/sedações com cautela, pois isso pode interferir nas oportunidades de passar tempo com o bebê.

- Devem ser tomadas providências se a mulher não estiver bem após o parto. Em caso de a mulher ser internada em uma unidade de terapia intensiva após o parto, é necessário garantir que ela tenha acesso ao seu bebê e participe da tomada de decisões e no planejamento de cuidados, principalmente em relação às oportunidades de criação de memórias e investigações de morte perinatal;
- Vale ressaltar que em casos onde a mulher se mantenha sem intercorrências ou instabilidade clínica após o parto ou cesárea, esta deverá ser encaminhada para um quarto reservado, de preferência distante de ambientes em que possa ter contato com outras mulheres que estejam com os seus bebês, e este quarto deverá ser identificado na porta com um símbolo estabelecido pela instituição (ex.: uma borboleta) como uma forma de lembrar a equipe do que se trata o internamento desta paciente.

5.4 Recomendações sobre a criação de memórias

Para muitos pais, criar memórias duradouras e significativas é uma forma importante de honrar o seu bebê. Vínculos contínuos estão associados a uma adaptação mais positiva ao luto, por isso, os profissionais de saúde devem dar suporte aos pais e garantir que eles se sintam apoiados e preparados para conhecer seu bebê e se envolver na criação de memórias, na medida em que desejarem (CRE; PSANZ, 2024).

- Valide a paternidade e apoie a criação de memórias por meio de:

- Discutir opções e explorar as preocupações e preferências dos pais em relação às atividades parentais;
 - Oferecer a todos os pais a oportunidade de ver e segurar o seu bebê imediatamente após o nascimento, incluindo o contato pele a pele;
 - Normalizar e apoiar atividade parentais como dar banho e vestir o bebê;
 - Perguntar aos pais como eles gostariam que você se referisse ao bebê deles (por exemplo, pelo nome);
 - Fornecer aos pais informações sobre o seu bebê (por exemplo, peso, comprimento, cor do cabelo) com a mesma ternura e respeito que se tem com qualquer bebê;
 - Sempre peça permissão aos pais antes de manusear o bebê.
- Prepare os pais para ver e segurar o bebê, dando informações sobre a aparência física, tamanho, tônus e temperatura do bebê.
 - Responda com sensibilidade às perguntas dos pais;
 - Discuta as preferências para ver o bebê, incluindo o uso de cobertores, toca ou roupas especiais.
- Apoiar os pais na criação de memórias por meio da coleta de lembranças é altamente significativo para pais enlutados que frequentemente têm um forte desejo de manter uma conexão vitalícia com o seu bebê (CRE; PSANZ, 2024). As lembranças frequentemente incluem fotografias, moldes/carimbo de mãos e pés, carimbo de placenta, uma mecha do cabelo do bebê, pulseira de identificação do bebê, touca usada por ele após o nascimento e roupas especiais (CRE; PSANZ, 2024);
 - As caixas de memórias também são muito valorizadas e podem conter uma variedade de itens tangíveis (CRE; PSANZ, 2024);
 - É importante lembrar que todos os aspectos da criação de memórias devem ser liderados pelos pais, não se deve iniciar a coleta de lembranças sem o envolvimento ou permissão dos pais (por exemplo, cortar uma mecha de cabelo ou vestir o bebê sem permissão), além disso, algumas preferências, valores e

desejos dos pais para a criação de memórias podem estar vinculados a costumes e tradições culturais estabelecidos (CRE; PSANZ, 2024);

- As decisões dos pais devem ser respeitadas, inclusive os pais que optam por não se envolver em atividade parentais ou criação de memórias;
- Discuta sensivelmente com os pais e família que o enterro ou a cremação é um requisito legal para um bebê que morre com 20 semanas ou mais de gestação ou com peso igual ou superior a 500g e/ou estatura igual ou superior a 25cm. Forneça aos pais:
 - Informações (incluindo escritas) que incluam a gama de opções disponíveis para o sepultamento, cremação e funeral, e apoiem os pais na sua tomada de decisão;
 - Detalhes de contato para serviços relevantes.

Figura 1: caixa de memórias



Fonte: as autoras, 2024

5.5 Cuidados pós-parto/ cesárea e recuperação

Os melhores cuidados práticos para pais e família incluem suporte física, social, emocional e prático imediato e contínuo que reconhece o nascimento e a morte de um bebê (CRE; PSANZ, 2024). A mulher deve ser informada sobre os efeitos físicos e mudanças que ocorrerão após o nascimento do bebê e o suporte apropriado deve ser fornecido (CRE; PSANZ, 2024).

- Discuta as expectativas para o cuidado pós-natal, incluindo lactação, sangramento vaginal, cuidados com ferida operatória, contracepção e atividade-física. Forneça a todas as mulheres informações sobre mudanças físicas pós-natais, cuidados pós-parto e potenciais complicações que podem ocorrer, incluindo quando deve procurar aconselhamento e suporte médico;
- Fornecer orientação antecipatória sobre a lactação e sua gama completa de opções de manejo.
 - Não se deve presumir que as mães desejam suprimir o leite materno imediatamente;
 - Além da supressão imediata da lactação usando medicamentos, outras opções incluem supressão gradual por meio da expressão, lactação contínua e doação de leite materno para um banco de leite;
 - As mulheres que optam por expressar seu leite materno devem ser auxiliadas com informações sobre uso de bomba tira-leite e ordenha manual.
- Garanta que o acompanhamento médico e de outros profissionais sejam ativados por meio de encaminhamentos apropriados.

5.6 Saída do hospital e suporte contínuo

Os pais precisam de apoio imediato no estágio inicial do seu luto e de caminhos para apoio contínuo na sua comunidade depois de terem saído do hospital (CRE; PSANZ, 2024). O planejamento de alta apropriado é essencial para garantir que os pais enlutados sejam apoiados em sua transição do hospital para casa.

- Discuta o processo de registro de nascimento e óbito com os pais e familiares antes que eles deixem o hospital e certifique-se de que os pais entendam o que é exigido deles.
 - Forneça aos pais informações por escrito sobre o processo de registro, incluindo onde, como e quando os pais devem registrar o nascimento e a morte do bebê;
 - Certifique-se de que os pais estejam cientes de que não há taxa de registro.

- Realize o encaminhamento da mulher para as consultas de pós-parto;
 - Forneça informações sobre planejamento de gravidez futura e saúde reprodutiva em momentos apropriados durante seus cuidados e acompanhamento, incluindo planejamento familiar, se desejado;
 - Os pais devem ter certeza de que todo o possível será feito para entender a causa da morte do bebê e que isso incluirá investigações padrão.

Apêndice 4

Protocolo De Óbito Perinatal- Versão Final

1 INTRODUÇÃO

Segundo Aguiar e Sodré (2023, pag. 02), óbito fetal (OF) é definido como “a morte do produto da concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação”. Os mesmo autores caracterizam o óbito fetal quando este ocorre a partir de 22 semanas completas de gestação ou mais, ou quando ocorre o óbito de um feto com 500g ou mais, ou medindo 25cm ou mais de comprimento vértice-calcâneo (Aguiar; Sodré, 2023).

Já quando ocorre a expulsão ou extração completa do corpo da mãe de um produto de concepção e, independentemente do tempo de duração da gestação, ao nascer respire ou apresente qualquer sinal indicativo de vida, como por exemplo a presença de batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentação/ contração muscular mesmo antes da secção do cordão ou dequitação placentária, este, por sua vez, é definido como Nascido Vivo (NV) (Aguiar; Sodré, 2023, pag.02).

Dessa forma, levando em consideração as definições apresentadas acima e de acordo com a definição utilizada pelo Ministério da Saúde, o óbito perinatal engloba a morte do feto antes do seu nascimento- OF, ou seja, quando o óbito ocorre entre a 22ª semana completa de gestação, e a morte de um lactante NV com menos de 7 dias de vida, sendo um importante indicador da assistência obstétrica, neonatal e do nível socioeconômico da população (Aguiar; Sodré, 2023; Borges *et al.*, 2019).

Para tanto, compreender em que momento ocorreu o óbito é de suma importância para definir e planejar programas e prioridades de saúde (Tesfay *et al.*, 2023). Esses momentos podem ser divididos em:

- 9) Antes do início do trabalho de parto (natimorto pré parto);
- 10) Durante o início do trabalho de parto (natimorto intraparto);
- 11) Hora desconhecida da morte fetal antes do nascimento (natimortos desconhecidos);
- 12) Após o parto (morte neonatal) (Tesfay *et al.*, 2023).

Tesfay *et al.* (2023), ainda destaca que no mundo, 42,3% dos óbitos perinatais ocorrem no momento intraparto, enquanto 75% ocorrem durante o período neonatal, podendo em sua grande maioria ser evitados com cuidados qualificados durante o pré-natal, durante e após o parto.

As principais causas de óbito perinatal variam de acordo com a cobertura assistencial de cada região, em locais em que há acesso à atendimento de saúde de qualidade, as causas variam entre malformações congênitas, parto prematuro e crescimento intrauterino restrito, já em locais de baixa cobertura assistencial, asfixia e doenças infecciosas são as mais predominantes (Szyhta *et al.*, 2023).

A taxa de mortalidade perinatal possui impacto direto nos indicadores de avaliação de programas assistenciais na área materno-infantil e reflete as condições socioeconômicas e de assistência ao binômio mãe-feto da região durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Szyhta *et al.*, 2023; Tristão, 2022).

O processo de luto pode ser vivenciado pela perda de uma pessoa, um emprego, um objeto e até mesmo uma mudança de casa, ou seja, qualquer quebra de vínculo que faça com que esse indivíduo a reorganize sua vida gradualmente e experiencie diferentes reações, sensações e emoções que fazem parte do processo de luto (Silveira *et al.*, 2020).

O processo de luto é indispensável e necessita de acompanhamento e manejo de profissionais de forma a garantir que o enlutado tenha o suporte necessário para sua elaboração (Silva; Carreta, 2018).

O óbito fetal ou neonatal vai contra todo o curso vital que se espera para uma criança na sociedade, normalmente acontece de forma inesperada tornando ainda mais fácil o desenvolvimento de problemas físicos e psicológicos principalmente nas mães (Lopes *et al.*, 2019).

A experiência mais dolorosa pelo qual o ser humano pode passar é a morte de um filho, seja intraútero, pequeno ou crescido, e, por isso, também é a manifestação mais comum de luto complicado (Paris; Montigny; Pelloso, 2022).

O luto perinatal é uma etapa vivenciada com intensa frustração de expectativas, é muito mais que perder um filho, é retirar da mãe e de um pai a oportunidade de serem

pais, é um experiência dolorosa, intensa e que normalmente é permeada por sentimento de impotência pelos pais (Fonseca, 2022).

A dor da perda de um feto ou de um recém-nascido ainda é pouco discutida pelo mundo, ao mesmo tempo que é subestimada e desvalorizada, não legitimado, como se não existisse espaço social e cultural para vivenciar todo o processo de luto (Leonácio *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2019).

É comum de ouvir frases como: “em breve você poderá engravidar de novo” ou “foi melhor assim” na tentativa de minimizar o sofrimento daquela mulher e família, no entanto, tais atitudes diminuem o suporte social à mulher e dificultam o seu luto (Santos, 2023).

O impacto da morte perinatal é uma experiência que se estendem até aos profissionais da saúde que acompanharam a gestante durante todo o ciclo gravídico-puerperal e, por isso, na maioria das vezes esses encontram dificuldades para abordar e prestar os cuidados necessários à essa mulher e família em luto perinatal (Fonseca, 2022).

O óbito perinatal está entre os eventos mais difíceis de ser vivenciado pela equipe de saúde da maternidade, especialmente por se tratar de uma inversão do ciclo da vida que é interrompida logo em seu começo. Por isso, profissionais da área de obstetrícia e neonatologia estão propensos ao desenvolvimento de estados depressivos e burnout ocupacional ao longo do tempo, e isto está relacionado à falta de capacidade para lidar com o óbito nesse ambiente (Fundação Oswaldo Cruz, 2023; Silva *et al.*, 2021).

Estudos demonstram que a equipe possui dificuldade em estabelecer uma interação com as mulheres e famílias que vivenciam o óbito e tal dificuldade está diretamente relacionada com a ausência de sensibilização e capacitação na temática, e, além da falta de preparo, barreiras relacionadas ao ambiente físico dos serviços e às formas de organização do trabalho também interferem na maneira como ocorre esse acolhimento (Serafim *et al.*, 2021).

Portanto, traçar diretrizes de apoio e elaborar protocolos com foco no atendimento às famílias enlutadas poderá promover a estruturação do cuidado e o bem-estar dos enlutados e dos profissionais de saúde (Salgado *et al.*, 2021).

2 OBJETIVO

Padronizar e preparar a equipe para o atendimento de mulheres enlutadas diante uma situação de perda perinatal durante toda sua permanência na instituição e em todos os setores assistenciais da Maternidade do Hospital do Trabalhador, promovendo a estruturação do cuidado e fornecendo padrões para as melhores práticas de atendimento, afim de garantir o bem-estar dos enlutados e dos profissionais de saúde.

3 RESPONSABILIDADES E CAMPO DE APLICAÇÃO

O presente documento aplica-se aos médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, residentes de medicina e enfermagem, psicólogos e assistentes sociais que participam direta e indiretamente da assistência as mulheres e famílias que sofreram uma perda perinatal.

4 ABORDAGEM AO CUIDADO

Esta seção do protocolo descreve uma abordagem ideal para o cuidado em torno de natimorto e morte neonatal. Possui o intuito de auxiliar os profissionais de saúde da linha de frente a fornecer atendimento e suporte de alta qualidade aos pais e familiares após a morte de um bebê antes ou logo após o nascimento (CRE; PSANZ, 2024):

- A equipe deve considerar os apoios que podem ser necessários para atender às necessidades culturais, religiosas e/ou espirituais dos pais e da família.
- Use uma linguagem e terminologia respeitosa e sensível que seja honesta, realista e compreensível;
- Siga a orientação dos pais em relação à linguagem preferida para o bebê;
 - Use a palavra “bebê” se for aceitável para os pais;
 - Pergunte aos pais se eles já deram um nome ao bebê e, se sim, peça permissão para usar o nome.

- Esteja ciente de que o estresse e o sofrimento podem afetar muito como as pessoas absorvem, retêm e respondem às informações. Personalize as informações:
 - Usando perguntas abertas;
 - Repetindo informações e verificando com os pais se eles entenderam;
 - Oferecendo aos pais informações e recursos culturais e linguisticamente adequados sobre o luto perinatal e o que esperar;
 - Dar aos pais tempo e espaço para ler informações e recursos quando estiverem prontos.
- Normalize e valide a experiência individual de luto e perda dos pais. Apoie os pais a expressarem suas preocupações confirmando seus sentimentos e tendo discussões abertas sobre suas necessidades.
 - Esteja ciente de possíveis diferenças na forma como os parceiros e familiares expressam o luto;
 - Reconheça a experiência de perda do pai/parceiro e sua identidade como pai;
 - Reconheça a dor e a perda de outros familiares, especialmente avós e outras crianças (irmãos);
 - Forneça aos pais e familiares informações e oportunidades de apoio social e emocional, incluindo apoio de colegas, aconselhamento profissional e serviços de psicologia, além de outros serviços de apoio ao luto;
- O cuidado deve ser apropriado às necessidades culturais, religiosas e/ou espirituais dos pais. Os profissionais de saúde devem:
 - Evitar estereótipos culturais e suposições baseadas na cultura;
 - Estar ciente e receptivo às abordagens individuais, culturais, religiosas e/ou espirituais à morte e às expressões de luto e perda.

4.1 Recomendações ao comunicar notícias difíceis

A condição, o diagnóstico e o prognóstico de um bebê geralmente são complexos e incertos. A forma como as notícias são comunicadas aos pais tem efeitos imediatos e duradouros nas experiências de cuidado e bem-estar dos pais. Essa

comunicação deve ocorrer sempre de forma respeitosa, honesta e livre de distrações (CRE; PSANZ, 2024).

- A opção de ultrassom deve estar sempre disponível e ser usada para diagnosticar morte ou outras condições em um bebê não nascido. Uma segunda opinião deve ser considerada quando apropriado.
 - Garantir que os ultrassonografistas sejam considerados parte da equipe multidisciplinar, estejam cientes do contexto clínico e recebam informações relevantes ao cuidar dos pais no contexto de perda perinatal;
 - Avise aos pais que pode haver períodos de silêncio durante procedimento como exames;
 - Resultados adversos devem ser comunicados por um profissional de saúde experiente e empático.

- Antes de dar notícias difíceis, certifique-se de que você está bem posicionado para responder às perguntas dos pais reunindo informações relevantes e consultando colegas, quando necessário. Se você não tiver certeza de uma resposta ou se as informações não estiverem disponíveis, garanta aos pais que você buscará as informações de que eles precisam;
- Ao dar notícias difíceis:
 - Comunicar a notícia em um espaço seguro e privado para ambos os pais juntos, se isso não for possível, comunicar primeiro à mulher, antes dos outros;
 - Use uma comunicação atenciosa e clara;
 - Reconhecer a angústia, os sentimentos e as preocupações dos pais;
 - Garantir aos pais que tudo o que é possível está sendo feito para verificar a condição do bebê e se oferecer para ficar e dar apoio ou responder as perguntas;
- Não deixe os pais sozinhos sem informações. Se uma mulher tiver comparecido sozinha, ofereça-se para contatar seu parceiro ou outra pessoa de apoio;
- Comunique os pais sobre a possibilidade de movimentação passiva do bebê após o diagnóstico de morte. Se os pais relatarem movimento após o exame, ofereça apoio e repita o exame.

4.2 Recomendações para o planejamento de cuidados e tomada de decisão

Os pais enfrentam muitas decisões difíceis e carregadas de emoção quando seu bebê não nascido é diagnosticado com uma condição limitante de vida ou morre, por isso, todo o planejamento de cuidados, incluindo decisões sobre o modo e o momento do nascimento do bebê e os cuidados no fim da vida, deve ser conduzido dentro de uma abordagem de tomada de decisão centrada nos pais e no melhor interesse do bebê quando vivo, garantindo uma relação de parceria entre pais e profissionais, mantendo seus valores e preferências (CRE; PSANZ, 2024).

- Organize uma consulta formal com os pais para discutir sua compreensão do diagnóstico e das opções disponíveis. Garanta que os pais tenham informações claras e tempo para considerar todas as opções disponíveis onde eles precisam tomar decisões;
- Desenvolva um plano de cuidados detalhado em todas as fases do atendimento, incluindo:
 - Plano de assistência ao parto materno, mais conhecido como plano de parto ou, dependendo da via de nascimento escolhida, plano de assistência à cesárea;
 - Plano de cuidados para recém-nascidos, descrevendo os cuidados que os pais desejam que sejam realizados com o bebê, como ser colocado em contato com a mãe logo após o nascimento, vesti-lo e entre outros cuidados;
 - Plano de alta e suporte contínuo.
- As discussões em torno do planejamento de cuidados devem:
 - Identificar quem os pais querem que esteja envolvido (por exemplo, familiares, líderes espirituais ou outras pessoas de apoio);
 - Reconhecer o papel dos pais como principal tomador de decisões e cuidados do seu bebê;
 - Incorporar valores, preferências, desejos e necessidades dos pais.

- Ofereça diversas oportunidades para os pais fazerem perguntas e explorarem suas preocupações com o mesmo profissional de saúde informado, experiente e confiável.
 - Ofereça oportunidades para que os pais revejam suas decisões, mas informe-os sobre questões críticas de tempo (por exemplo, via de nascimento, como a condição do bebê pode mudar, tempo para autópsia).
 - Discuta vantagens e desvantagens das opções com os pais, família, acompanhante ou pessoa de apoio;
 - Forneça informações adequadas para que os pais saibam o que esperar e possam tomar decisões informadas sobre seus cuidados;
 - Garanta que os planos de cuidados sejam arquivados nos prontuários médicos para garantir uma boa comunicação entre todos os profissionais de saúde e membros da equipe multidisciplinar.

4.3 Recomendações de cuidados durante o processo de nascimento

A via de nascimento ideal após a morte de um bebê não nascido ou quando se espera que um bebê nasça com uma condição limitante de vida, é aquele que combina considerações médicas e valores, preferências e desejos dos pais (CRE; PSANZ, 2024).

- Os pais devem ter todo o tempo necessário para tomar decisões sobre as opções oferecidas.
 - Informe aos pais que o trabalho de parto e o parto vaginal podem proporcionar benefícios físicos e emocionais, em comparação a uma cesárea sem indicação obstétrica. No entanto, os valores, preferências e desejos dos pais precisam ser respeitados;
 - Certifique-se de que os pais entendam o que geralmente acontece durante o trabalho de parto de um bebê que morreu e como o bebê pode se parecer e se sentir após o nascimento (por exemplo, aparência física, tamanho, tônus e temperatura);
 - Informe aos pais que há uma gama completa de opções farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor disponível para eles;

- Ofereça fortes analgésicos/sedações à mulher com cautela, pois isso pode interferir nas oportunidades de passar tempo com o bebê.

- Devem ser tomadas providências se a mulher não estiver bem após o parto. Em caso de a mulher ser internada em uma unidade de terapia intensiva após o parto, é necessário garantir que ela tenha acesso ao seu bebê e participe da tomada de decisões e no planejamento de cuidados, principalmente em relação às oportunidades de criação de memórias;
- Em casos onde a mulher se mantenha sem intercorrências ou instabilidade clínica após o parto ou cesárea, esta deverá ser encaminhada para um quarto reservado, de preferência distante de ambientes em que possa ter contato com outras mulheres que estejam com os seus bebês, e este quarto deverá ser identificado na porta com um símbolo estabelecido pela instituição (ex.: uma borboleta) como uma forma de lembrar a equipe do que se trata o internamento desta paciente.

Vale ressaltar que todo o processo de diagnóstico, comunicação das notícias difíceis, acolhimento, escolha de via de parto e, quando necessário, processo de indução de parto, deverá seguir conforme o fluxograma de atendimento em casos de óbito fetal da Febrasgo (Anexo 1).

4.4 Recomendações sobre a criação de memórias

Para muitos pais, criar memórias duradouras e significativas é uma forma importante de honrar o seu bebê. Vínculos contínuos estão associados a uma adaptação mais positiva ao luto, por isso, os profissionais de saúde devem dar suporte aos pais e garantir que eles se sintam apoiados e preparados para conhecer seu bebê e se envolver na criação de memórias, na medida em que desejarem (CRE; PSANZ, 2024).

- Valide a paternidade e apoie a criação de memórias por meio de:
 - Discutir opções e explorar as preocupações e preferências dos pais em relação às atividades parentais;

- Oferecer a todos os pais a oportunidade de ver e segurar o seu bebê imediatamente após o nascimento, incluindo o contato pele a pele;
- Normalizar e apoiar atividade parentais como vestir o bebê;
- Fornecer aos pais informações sobre o seu bebê (por exemplo, peso, comprimento, cor do cabelo) com a mesma ternura e respeito que se tem com qualquer bebê;
- Sempre peça permissão aos pais antes de manusear o bebê.
- Prepare os pais para ver e segurar o bebê, dando informações sobre a aparência física, tamanho, tônus e temperatura do bebê.
 - Responda com sensibilidade às perguntas dos pais;
 - Discuta as preferências para ver o bebê, incluindo o uso de cobertores, toca ou roupas especiais.

Apoiar os pais na criação de memórias por meio da coleta de lembranças é altamente significativo para pais enlutados que frequentemente têm um forte desejo de manter uma conexão vitalícia com o seu bebê (CRE; PSANZ, 2024).

As lembranças frequentemente incluem fotografias, moldes/carimbo de mãos e pés, carimbo de placenta, uma mecha do cabelo do bebê, pulseira de identificação do bebê, touca usada por ele após o nascimento e roupas especiais (CRE; PSANZ, 2024);

É importante lembrar que todos os aspectos da criação de memórias devem ser liderados pelos pais, não se deve iniciar a coleta de lembranças sem o envolvimento ou permissão dos pais (por exemplo, cortar uma mecha de cabelo ou vestir o bebê sem permissão), além disso, algumas preferências, valores e desejos dos pais para a criação de memórias podem estar vinculados a costumes e tradições culturais estabelecidos (CRE; PSANZ, 2024);

- As decisões dos pais devem ser respeitadas, inclusive os pais que optam por não se envolver em atividade parentais ou criação de memórias;
- Discuta sensivelmente com os pais e família que o enterro ou a cremação pode ser realizado independente da idade gestacional, tamanho ou peso do bebê, se essa for a vontade deles, porém é um requisito legal para um bebê que morre com

20 semanas ou mais de gestação ou com peso igual ou superior a 500g e/ou estatura igual ou superior a 25cm.

- Forneça aos pais:
 - Informações (incluindo escritas) que incluam a gama de opções disponíveis para o sepultamento, cremação e funeral, e apoiem os pais na sua tomada de decisão;
 - Detalhes de contato para serviços relevantes.

Figura 1: exemplo de caixa de memórias



Fonte: as autoras, 2024

4.5 Cuidados pós-parto/ cesárea, recuperação e plano de alta

Os melhores cuidados práticos para pais e família incluem suporte física, social, emocional e prático imediato e contínuo que reconhece o nascimento e a morte de um bebê. A mulher deve ser informada sobre os efeitos físicos e mudanças que ocorrerão após o nascimento do bebê e o suporte apropriado deve ser fornecido (CRE; PSANZ, 2024).

- Discuta as expectativas para o cuidado pós-natal, incluindo lactação, sangramento vaginal, cuidados com ferida operatória, contracepção e atividade-física. Forneça a todas as mulheres informações sobre mudanças físicas pós-natais, cuidados pós-parto e potenciais complicações que podem ocorrer, incluindo quando deve procurar aconselhamento e suporte médico;
- Fornecer orientação antecipatória sensível e oportuna sobre a lactação e sua gama completa de opções de manejo.
 - Não se deve presumir que as mães desejam suprimir o leite materno imediatamente;
 - Além da supressão imediata da lactação usando medicamentos, outras opções incluem supressão gradual por meio da expressão, lactação contínua e doação de leite materno para um banco de leite;
 - As mulheres que optam por expressar seu leite materno devem ser auxiliadas com informações sobre uso de bomba tira-leite e ordenha manual.
- Garanta que o acompanhamento médico e de outros profissionais sejam ativados por meio de encaminhamentos apropriados.

O planejamento de alta apropriado é essencial para garantir que os pais enlutados sejam apoiados em sua transição do hospital para casa (CRE; PSANZ, 2024).

- Discuta o processo de registro de nascimento e óbito com os pais e familiares antes que eles deixem o hospital e certifique-se de que os pais entendam o que é exigido deles.
 - Forneça aos pais informações por escrito sobre o processo de registro, incluindo onde, como e quando os pais devem registrar o nascimento e a morte do bebê;
 - Certifique-se de que os pais estejam cientes de que não há taxa de registro.
- Realize o encaminhamento da mulher para as consultas de pós-parto;
 - Forneça informações sobre planejamento de gravidez futura e saúde reprodutiva em momentos apropriados durante seus cuidados e acompanhamento, incluindo planejamento familiar, se desejado;

- Os pais devem ter certeza de que todo o possível será feito para entender a causa da morte do bebê e que isso incluirá investigações padrão.

5 Mnemônico como plano de ação para auxiliar no acolhimento de mulheres e famílias enlutadas

Pereira *et al.* (2017) apresenta o uso de um mnemônico como uma forma útil no treinamento das equipes institucionais e multiprofissionais para guiar o comportamento diante de uma família que experimenta o luto

O mnemônico P-A-C-I-E-N-T-E foi proposto por uma equipe de pesquisadores brasileiros tomando como base o protocolo SPIKES – elaborado para a comunicação do diagnóstico de câncer- para o exercício técnico de comunicação de más notícias, além disso, também é possível encontrá-lo no fluxograma da Febrasgo de atendimento em casos de óbito fetal (Pereira *et al.*, 2017; Salgado; Polido, 2018; Souza, 2023).

Figura 2: Mnemônico como plano de ação

PREPARE

ACESSE

CONVITE À REALIDADE

INFORME

EMOÇÕES

NÃO ABANDONE O PACIENTE

TE TRACE UMA ESTRATÉGIA

P (PREPARE) e A (ACESSE)

Procure saber o quanto a família sabe sobre a condição da gestação ou do bebê, e o quanto deseja conhecer. Garanta privacidade para essa conversa.

C (CONVITE À VERDADE)

Nesse momento, podemos utilizar frases como: “Lamento, mas não tenho boas notícias”. Espere alguns segundos para que a família se manifeste, indicando que está preparada para ouvir as informações que virão a seguir.

I (INFORME)

Nesse momento, a realidade da condição de saúde da gestação ou do bebê deve ser delicadamente exposta. Esse momento não pode acontecer imediatamente após o convite à realidade: é preciso esperar a sinalização de prontidão da família para que ele aconteça, a não ser que medidas de emergência tenham que ser discutidas.

E (EMOÇÕES)

Quando o entendimento da situação acontece, a família passa a manifestar emoções. A equipe deve estar preparada para a escuta de lamentações, sem procurar justificar ou responder a cada uma das colocações dos pacientes. Deve-se acolher as reclamações e o sofrimento de forma empática.

N (NÃO ABANDONE O PACIENTE)

Deixe claro para a família que a equipe vai continuar oferecendo cuidado a todos, incluindo o bebê, até o fim de todos os procedimentos necessários, sempre respeitando as escolhas da família e adequando a realidade institucional a elas.

TE (TRACE UMA ESTRATÉGIA)

Explique detalhadamente todos os procedimentos que podem ser realizados a seguir, perguntando sobre as escolhas e preferências da família, quando aplicável. Deixe claro que a equipe continuará dando suporte a todos nesse momento difícil.

Apêndice do protocolo: Plano de Cuidados em caso de óbito perinatal

- 1) Via de nascimento:
 - () Parto normal
 - () Cesárea

- 2) A mulher possui plano de parto ou plano de assistência à cesárea para ser seguido?
 - () Sim
 - () Não

- 3) Como os pais desejam que a equipe se refira ao bebê?
 - () Pelo nome (_____)
 - () Apenas pelo termo “bebê”

- 4) Os pais desejam realizar algum ritual religioso antes, durante ou após o nascimento do bebê?
 - () Sim
 - () Não
 - Se a resposta for sim, verificar a possibilidade de realizar tal ritual

- 5) A mulher e/ou o pai desejam ver o bebê após o nascimento?
 - () Sim
 - () Não
 - Prepará-los para o que esperar sobre aparência física, tamanho, tônus e temperatura do bebê

- 6) Os pais desejam que a equipe vista o bebê?
 - () Sim
 - () Não

- Questionar se os pais querem vesti-lo ou preferem que a equipe realize esta tarefa

7) Os pais desejam que a equipe realize coleta de lembranças? – pulseira de identificação do bebê, fotografias, touca usada por ele após o nascimento, carimbo de placenta, carimbo de mãos e pés, mecha do cabelo e roupas especiais

() Sim

() Não

- É importante lembrar que não se deve iniciar a coleta de lembranças sem o envolvimento ou permissão dos pais

8) A mulher deseja suprimir a lactação?

() Sim

() Não – orientar doação de leite materno para um banco de leite