



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE MEDICINA**

**RENATA GONZALEZ AMARAL**

**HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER DIANTE DA PERDA  
PERINATAL: FLUXOS E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO AO LUTO NA  
CIDADE DE SALVADOR, BA**

**Salvador – BA**

**2022**

**RENATA GONZALEZ AMARAL**

**HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO À SAUDE DA MULHER DIANTE DA PERDA  
PERINATAL: FLUXOS E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO AO LUTO NA  
CIDADE DE SALVADOR, BA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e  
Saúde Pública como requisito parcial para  
aprovação do 4ª ano de medicina.

Orientadora: Profª Maria Cristina Santana

Coorientadora: Profª Dra Isabella Queiroz

**Salvador – BA**

**2022**

Dedico esse trabalho a todas as mulheres em situação de perda perinatal, que enfrentam a dor de um luto inerente ao momento, muitas vezes intensificada pela ausência de acolhimento e cuidado humanizado e holístico.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais e a minha irmã, pois sem eles não estaria hoje onde sempre quis estar.

Agradeço imensamente às minhas orientadoras M<sup>a</sup> Cristina Santana e Isabella Queiroz, por serem inspirações e pelos conselhos e orientações imprescindíveis para a execução deste trabalho.

Agradeço às minhas professoras de Pesquisa, Milena Bastos e Mary Gomes Silva, por todo cuidado, atenção e contribuições.

Agradeço aos meus amigos de curso pela parceria e por tornarem todo o percurso mais leve.

Agradeço à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública por proporcionar a realização do projeto aos seus alunos.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

## RESUMO

A perda perinatal – perdas que ocorrem durante toda a gestação até o primeiro mês de vida do recém-nascido – desencadeia comumente o luto perinatal, um processo natural, contudo complicações nesse processo associado à ausência de assistência psicológica à mulher que enfrenta essa perda podem culminar no luto complicado. O alto número de óbitos perinatais atualmente vigente no Brasil, associado à incerteza da existência de fluxos e protocolo de acolhimento a essas mulheres nas maternidades de Salvador - Ba são barreiras importantes para garantir a integridade da saúde mental desses indivíduos, por isso faz-se necessário conhecer quais condutas e cuidados são ofertados nesse momento de fragilidade. O objetivo principal desse estudo foi identificar a presença de fluxos e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perda perinatal na Rede de Saúde de Salvador - Ba. Trata-se de um estudo documental qualitativo a nível tipo exploratório, em que foram analisados documentos eletrônicos oficiais que abordavam sobre os cuidados assistenciais de humanização às mulheres em situação de perda perinatal. Sete documentos fizeram parte desse estudo e apenas um dos documentos selecionados apresentou tais fluxos e/ou protocolos de acolhimento. A escuta qualificada foi a conduta mais relatada dentre os documentos que faziam referência aos cuidados com essas mulheres. Esse estudo evidencia a carência de políticas e programas públicos brasileiros voltados especificamente à assistência humanizada de mulheres em situação de perda perinatal e corrobora com a realidade vigente de incerteza da existência de fluxos e protocolos de atendimento nas maternidades de Salvador - Ba confeccionados com essa mesma finalidade.

**Palavras-chave:** Luto. Morte fetal. Morte Perinatal. Saúde da Mulher. Acolhimento.

## **ABSTRACT**

Perinatal loss - losses that occur throughout pregnancy until the newborn's first month of life - commonly triggers perinatal grief, a natural process, however complications in this process associated with the lack of psychological assistance to the woman facing this loss can culminate in complicated grief. The high number of perinatal deaths currently in force in Brazil, associated with the uncertainty of the existence of flows and reception protocol for these women in maternity hospitals in Salvador - Ba, are important barriers to ensuring the integrity of the mental health of these individuals, so it is necessary knowing which behaviors and care are offered in this moment of fragility. The main objective of this study is to identify the presence of flows and protocols of assistance to women's health, related to humanization, in a situation of perinatal loss in the Health Network of Salvador - Ba. This is a qualitative documentary study at an exploratory level, in which official electronic documents were analyzed that addressed humanization care for women in a situation of perinatal loss. Seven documents were part of this study. Only one of the selected documents presented such flows and/or reception protocols. Qualified listening was the most reported behavior among the documents that referred to care for these women. This study highlights the lack of Brazilian public policies and programs specifically aimed at the humanized care of women in a situation of perinatal loss and corroborates the current reality of uncertainty about the existence of care flows and protocols in maternity hospitals in Salvador - Ba made for the same purpose.

**Keywords:** Grief. Fetal Death. Perinatal Death. Women's Health. User Embrace.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	8
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	10
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	10
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	10
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	11
<b>3.1</b>	<b>Mortalidade Perinatal, Infantil e Neonatal</b>	11
3.1.1	Definição Mortalidade Perinatal	11
3.1.2	Definição Mortalidade Infantil	11
3.1.3	Epidemiologia	11
<b>3.2</b>	<b>Políticas Públicas Brasileiras Voltadas à Saúde da Mulher</b>	13
<b>3.3</b>	<b>Luto Perinatal</b>	14
<b>3.4</b>	<b>Acolhimento em Saúde no Parto e Puerpério</b>	15
<b>3.5</b>	<b>Acolhimento em Saúde no Luto Perinatal</b>	16
<b>3.6</b>	<b>Protocolos e Fluxo de Acolhimento</b>	18
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	19
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo</b>	16
<b>4.2</b>	<b>Local e Período do Estudo</b>	19
<b>4.3</b>	<b>Seleção dos Dados e Critérios de Elegibilidade dos Documentos</b>	19
<b>4.4</b>	<b>Análise dos Dados</b>	20
<b>4.5</b>	<b>Considerações Éticas</b>	21
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	22
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	25
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	28
	<b>REFERÊNCIAS</b>	30
	<b>APÊNDICE A – Ficha para Categorização dos Documentos</b>	33
	<b>APÊNDICE B – Quadro Sinóptico das informações Extraídas dos Documentos</b>	34

## 1 INTRODUÇÃO

A perda perinatal refere-se às perdas que ocorrem durante toda a gestação até o primeiro mês de vida do recém-nascido<sup>1</sup>. E com a perda vem o luto. Segundo Freud<sup>2</sup>, o luto é um fenômeno mental natural, lento e doloroso, que se caracteriza por sentimento de tristeza profunda, afastamento de atividades que não estejam vinculadas à pensamentos sobre o objeto perdido, perda de interesse no mundo externo e incapacidade de substituir a perda com um novo objeto de amor. O luto se dá a partir da elaboração da vivência da perda, que requer um trabalho psíquico, sendo uma resposta esperada e, inclusive, necessária, constituindo um processo individual, influenciado por aspectos sociais, culturais e emocionais<sup>3</sup>.

O luto perinatal é considerado, assim, um processo natural, não patológico, contudo, complicações nesse processo podem ocorrer principalmente em casos de mortes não esperadas, violentas, ou quando não há a oferta de suporte emocional à mulher, configurando o “luto complicado”<sup>4,5</sup>.

Mulheres em situação de luto perinatal podem vivenciar sentimentos de vazio, culpa, preocupação em relação a uma nova gravidez, raiva, não aceitação da perda e apatia. Muitas desenvolvem transtornos psiquiátricos até cerca de um ano após a perda, como depressão, estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade e distúrbios do sono que interferem em suas atividades diárias e qualidade de vida, bem como no planejamento de gravidezes futuras e relacionamento com próximos filhos<sup>1,4</sup>.

Nesse sentido, é papel inerente dos profissionais de saúde que estão inseridos nesse contexto comuns às maternidades, oferecer a essas mulheres um cuidado diferenciado, humanizado, holístico e integral, ofertando desde meios de diagnóstico até apoio em momentos difíceis de tomada de decisão, entendendo que a sua assistência não termina com o óbito neonatal em questão<sup>1,5</sup>.

Lidar com toda essa carga emocional que envolve uma perda, ainda mais no contexto da maternidade, pode constituir um desafio para a equipe de saúde<sup>1</sup>. Essa realidade, no Brasil, no que diz respeito, principalmente, ao Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser agravada pelos altos números de óbitos perinatais vigentes e pela incerteza da contemplação de um fluxo de assistência humanizada à saúde da mulher em situação de perda perinatal nos protocolos de humanização instituídos nessas maternidades<sup>6</sup>.

Considerando-se a mortalidade perinatal a somatória de óbitos fetais e neonatais precoces em um determinado ano, no Brasil, apenas no ano de 2019, houve 47507 óbitos perinatais, sendo Salvador a capital brasileira com o terceiro maior índice de óbitos perinatais – 668 – nesse mesmo ano<sup>7</sup>. Frente a esses altos números, a existência de uma padronização de ações direcionadas ao manejo assistencial da mulher em luto perinatal, torna-se de fundamental importância para guiar enfermeiros, médicos, psicólogos e técnicos a uma abordagem mais assertiva e holística dessas mulheres que tendem a estar mais suscetíveis a distúrbios psicológicos<sup>3,6</sup>.

No entanto, na literatura mundial e, principalmente, brasileira, há uma carência de estudos científicos que abordem e descrevam um eficiente fluxo de assistência humanizada às mulheres após uma perda perinatal que visem guiar o profissional da saúde através da melhor abordagem ao luto<sup>6</sup>. Esse déficit reflete na dificuldade de preconizar protocolos e manuais de acolhimento nas próprias maternidades, o que dificulta a assistência oferecida as mulheres que enfrentem o processo de perda<sup>4</sup>.

Considera-se relevante a necessidade do debate sobre o alto número de óbitos perinatais, e para cada óbito, uma mulher em perda de um filho, e, provável, sofrimento psíquico e luto, pelo desfecho negativo, acrescido pela forma e manejo no seu atendimento. Assim sendo, esta pesquisa propôs-se identificar e conhecer qualitativamente a existência de documentos internos que regulamente o fluxo assistencial em acolhimento no cuidado a essas mulheres, e caracterizar quais procedimentos e condutas são ofertados nas maternidades de Salvador - Ba.

Desse modo, justifica-se esse estudo pela importância na elaboração de guias e fluxos específicos de acolhimento, que venha a contribuir e promover meios para uma melhor qualificação e humanização na rede de assistência à saúde da mulher, validando sua dor, auxiliando no processo de superação e elaboração do luto perinatal e suas consequências como um todo, no contexto da sua saúde mental, auxiliado ao retorno as suas atividades habituais com menos complicações emocionais.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar a presença de fluxos e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perda perinatal na Rede de Saúde de Salvador – Ba.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Conhecer qual o procedimento ofertado pela equipe de saúde às mulheres em situação de sofrimento por perdas gestacionais e neonatais nas maternidades de Salvador – BA.

Refletir sobre a importância da presença de um fluxo de assistência à saúde da mulher relacionado à humanização em situação de perda perinatal.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Mortalidade Perinatal, Infantil e Neonatal**

##### **3.1.1 Definição Mortalidade Perinatal**

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde<sup>8</sup>, o período perinatal começa em 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias completos de nascimento (0 a 6 dias de vida). Assim, a mortalidade perinatal diria respeito tanto à mortalidade fetal – óbitos ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou de fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm –, quanto à mortalidade neonatal precoce.

O coeficiente de mortalidade perinatal – número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, em uma determinada população, espaço geográfico e em determinado ano – reflete questões interligadas à gestação e ao parto, como o peso ao nascimento, condições de acesso ao serviço de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido<sup>7,8</sup>. Nesse sentido, tem sido estabelecido como o melhor indicador para verificar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal nos serviços de saúde, sendo fundamental para a construção de ações voltadas para a redução das mortes fetal e neonatal precoce evitáveis<sup>8</sup>.

##### **3.1.2 Definição Mortalidade Infantil**

Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade infantil abrange todos os óbitos de nascidos vivos residentes menores de 1 ano de idade (0 até 364 dias de vida). O seu coeficiente é determinado pelo número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos em determinada população, área geográfica e ano. Ao estimar o risco de morte dos nascidos vivos no seu primeiro ano de vida, reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e a qualidade do acesso à atenção de saúde materna e da população infantil<sup>8</sup>. A mortalidade infantil pode ser subclassificada em mortalidade neonatal precoce, tardia e pós-neonatal.

A mortalidade neonatal precoce, corresponde aos óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos; a tardia, aos óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos; e a pós-neonatal, aos óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos. Os seus coeficientes – obtidos a partir do número de óbitos de crianças em suas respectivas faixas etária, por mil nascidos vivos em determinada população residente, espaço geográfico e ano – podem refletir a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e recém-nascidos e do acesso à saúde materno-infantil<sup>8</sup>.

##### **3.1.3 Epidemiologia**

Segundo o relatório de estatísticas mundiais da OMS de 2018<sup>9</sup>, o número de óbitos entre os recém-nascidos, no mundo, caiu de 31 para 18 a cada mil nascimentos entre 2000 e esse

mesmo ano. Entretanto, as taxas de mortalidade neonatal ainda se encontram altas em muitos países, ocorrendo em 2016 2,6 milhões de óbitos nesta faixa etária, dos quais, a maioria, foram na primeira semana de nascimento. Apesar da mortalidade infantil, considerada como óbitos entre crianças abaixo de 5 anos de idade, nesse mesmo período, os respectivos óbitos caíram quase pela metade na média mundial – de 76 para 39 mortes a cada 1000 nascidos vivos. Neste mesmo relatório, as principais causas de óbitos neonatais no mundo são citadas, correspondendo juntas a  $\frac{3}{4}$  de todos os óbitos neonatais, sendo elas prematuridade, eventos relacionados ao parto – como asfixia e trauma ao nascimento – e sepse neonatal.

Após não alcançar os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” definidos no ano 2000 para o ano de 2015, a OMS redefiniu como meta até 2030 zerar esses indicadores de mortalidade neonatal e infantil, determinando como objetivo mínimo para os países do grupo, o índice de até 12 mortes de recém-nascidos para cada mil nascimentos e 25 mortes a cada 1000 crianças abaixo de 5 anos. Ainda, aponta que, o menor índice apresentado foi de uma morte a cada mil nascimentos, em países como Andorra, Bielorrússia, Chipre, Estônia e Finlândia. As maiores taxas apareceram no Paquistão (42 mortes a cada mil nascimentos), República Centro-Africana (41 a cada mil) e Sudão do Sul (40 a cada mil)<sup>9</sup>

No Brasil, segundo o mesmo relatório da OMS de 2016, ocorreram 8 mortes a cada mil nascimentos<sup>9</sup>. Nas últimas sete décadas, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) teve um importante declínio no país passando de 146,6 óbitos a cada mil nascidos vivos, em 1940, para 12,8 em 2017<sup>10</sup>. Apesar desta expressiva queda, este índice nacional ainda se encontra alto quando levado em conta o atual nível de desenvolvimento econômico brasileiro: somente em 2019, ocorreram 35293 óbitos infantis, sendo desses 11.035 na região nordeste, 2970 na Bahia e 514 em Salvador<sup>7</sup>. Dentre as causas evitáveis de mortalidade infantil no Brasil, destacam-se: as reduzíveis pelas ações de imunização, pela atenção à mulher na gestação, pela adequada atenção à mulher no parto, pela adequada atenção ao recém-nascido, pelas ações de diagnóstico e tratamento adequado e pelas ações de promoção à saúde e vinculadas às ações de atenção<sup>7</sup>.

Com relação aos óbitos fetais, no Brasil, no ano de 2019, ocorreram um total de 29105 óbitos, sendo as regiões Nordeste e Sudeste as com maiores índices, sendo 9520 e 10820 óbitos, respectivamente. No Estado da Bahia, 2644 óbitos correspondentes foram registrados nesse mesmo ano e, em Salvador, 375 óbitos<sup>7</sup>. As causas dos óbitos fetais são consideradas mal definidas<sup>8</sup>, mas estão diretamente relacionadas com o período que ocorre o óbito em si: antes do início do trabalho de parto (anteparto) ou durante o parto (intraparto). No anteparto, os

óbitos se devem comumente às complicações e patologias da mãe ou do feto, sendo sífilis, as anomalias congênitas, hipertensão materna e descolamento prematuro de placenta as principais causas. Já no óbito intraparto, os principais causadores são asfixia durante o trabalho de parto e descolamento prematuro de placenta<sup>11</sup>. Ademais, tais causas podem estar relacionadas aos grupos de maior vulnerabilidade, como faixa-etária materna precoce ou tardia, grau de escolaridade e nível socioeconômico materno baixos<sup>7-9</sup>.

No Brasil, em 2019, os óbitos perinatais – que englobam os fetais e neonatais precoces –, alcançaram a marca de 47507. Desses, 4372 ocorreram no Estado da Bahia, sendo Salvador, a capital brasileira com o terceiro maior índice de óbitos perinatais – 668 – nesse mesmo ano. As causas evitáveis do óbito perinatal são as mesmas que se enquadram para a mortalidade infantil<sup>7</sup>.

### **3.2 Políticas Públicas Brasileiras Voltadas à Saúde da Mulher**

Na década de 80, através da abertura política no Brasil e da contribuição do movimento feminista brasileiro, fomentou-se o debate acerca de questões até então não valorizadas, relativas à desigualdade nas condições de vida e de gênero, bem como à sexualidade e reprodução e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras<sup>12</sup>.

Assim, em 1984 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como princípios a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, sendo fortemente influenciado pelos conceitos que embasariam o Sistema Único de Saúde (SUS) construído em 1988.<sup>12</sup> Em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tinha como meta garantir a humanização e integralização da assistência obstétrica qualificada em estados e municípios brasileiros<sup>13</sup>.

A partir da elaboração do PAISM, o programa sofreu novas especificações e, em 2001, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), o MS amplia as responsabilidades municipais da Atenção Básica<sup>12</sup>. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher percebe a necessidade de articulação com outras áreas e de novas ações para determinados grupos, como mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente<sup>12</sup>.

No ano de 2004, o MS, baseando-se em dados epidemiológicos e em reivindicações de diversos segmentos sociais, apresenta os princípios e diretrizes voltados para a humanização e acolhimento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher<sup>12</sup>. Já em 2005,

implementou também a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando a organização e regulação do sistema de atenção à gestação e ao parto<sup>14</sup> e, nesse mesmo ano, foi decretada a Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, que autoriza a presença de um acompanhante na sala de parto<sup>15</sup>.

Em parceria com outras áreas e departamentos, bem como com diversos setores sociais, como movimento negro e o de trabalhadoras rurais, o MS elabora em 2011, a 2ª reimpressão da PNAISM, que traz incrementos para garantir o acesso das mulheres à promoção e prevenção em saúde, a redução da morbidade e mortalidade feminina e consolidação do atendimento humanizado e integral à saúde da mulher no SUS<sup>12</sup>.

Ainda neste ano, um modelo de atenção ao parto e nascimento, que vem sendo discutido no Brasil desde a década de 90, é então institucionalizado: a Rede Cegonha. Essa estratégia do Ministério da Saúde, que prioriza o acolhimento e a vinculação da mulher à sua unidade de referência para o parto, visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado no que tange desde a assistência familiar, o pré-natal, parto e puerpério, até os dois primeiros anos da criança<sup>16,17</sup>.

### **3.3 Luto Perinatal**

Segundo Freud<sup>2</sup>, o luto é um fenômeno mental natural e constante do desenvolvimento humano, não sendo considerado doença, constituindo um estado de reação à perda importante para a sua elaboração. Para o autor, é um processo lento e doloroso, que se caracteriza por sentimento de tristeza profunda, afastamento de atividades que não estejam vinculadas à pensamentos sobre o objeto perdido, perda de interesse no mundo externo e incapacidade de substituir a perda com um novo objeto de amor. Ainda, para ele, é um processo influenciado por vivências pessoais que se dão por todo desenvolvimento humano, revivido como símbolo mnêmicos de situações traumáticas semelhantes do passado<sup>18</sup>.

Na literatura mundial, luto perinatal é definido como um processo pessoal e não patológico enfrentado pelos pais após a perda de um feto de forma involuntária entre 22 semanas de gestação (ou com 500g, ou mais de 25 cm) e 28 dias de vida após nascimento<sup>1,3</sup>. Os eventos que englobam a perda perinatal são natimortalidade, interrupção da gravidez devido à indicações médicas, óbito fetal e o óbito neonatal<sup>4,19,20</sup>.

Independente do período em que essa perda ocorra, ela é reconhecida como uma experiência emocional complexa e potencialmente traumática para a mulher que a vivencia<sup>19</sup>, sendo um dos tipos de perdas que leva com maior frequência ao luto complicado<sup>20</sup>, estágio do luto caracterizado por sintomas mais intensos e duradouros, afetando mais gravemente o bem-estar

físico e psicológico da mulher<sup>4</sup>. Normalmente, o luto após uma perda perinatal estende-se por um período de seis meses a um ou dois anos, podendo, em 20% dos casos, ultrapassar esse tempo<sup>4,19,20</sup>.

Dentre as reações à perda, têm-se prejuízo das funções diárias, afastamento social, sentimento de raiva, choque, descrença, negação, ansiedade, estresse pós traumático, distúrbios do sono e depressão, podendo haver outros impactos negativos a longo prazo, como na gestação subsequente ou no relacionamento entre parceiros<sup>3,20,21</sup>. É importante frizar que mulheres que vivenciam o luto perinatal possuem probabilidade 4 vezes maior de desenvolverem depressão do que mulheres com nascidos vivos<sup>21</sup>.

No livro “Como Lidar: Luto Perinatal”<sup>6</sup>, as autoras classificam o luto em quatro estágios: fase do choque/torpor, que tem duração de horas a semanas; fase da saudade e da busca da figura perdida, que pode perdurar de meses a anos; fase da desorganização e desespero; e a fase da organização, que corresponde a uma aceitação da perda.

O luto perinatal é influenciado por aspectos sociais, emocionais, culturais e econômicos inerentes ao contexto de cada mulher, sendo assim um processo individual<sup>4</sup>. Entretanto, há certas particularidades relacionadas a perda perinatal que tornam o luto nesse momento ainda mais delicado. Primeiramente, a gravidez está relacionada ao surgimento de uma nova vida e um óbito nesse momento é um evento completamente inesperado, não havendo preparação prévia dos pais para tal mudança de concepção vida-morte<sup>4,6,20</sup>. Ainda, em alguns casos, os pais são privados de registrar o natimorto como filho, ou de realizar rituais de despedida – o que se constitui o “luto privado de direitos”<sup>3</sup> – que são muito importantes tanto para eles, no que diz respeito ao fechamento de um ciclo, quanto para outros familiares, para que possam entender melhor a dimensão da perda sofrida e, assim, reconhecer e legitimar o processo de luto, oferecendo apoio e suporte emocional, principalmente para essa mulher<sup>4,19–22</sup>.

Ademais, a perda perinatal muitas vezes está associada à culpa e ao sentimento de falha por parte da mulher, sendo a interrupção da gestação por anomalias fetais a principal causa desses sentimentos<sup>20</sup>. Por fim, como evidenciado por uma revisão sistemática<sup>4</sup>, experiências pessoais específicas da mãe podem culminar na intensificação do luto. Segundo o estudo, o maior grau de vínculo criado entre a mulher e o bebê antes da perda, como escolha do nome, compra de enxoval, montagem do quarto, entre outros aspectos, podem ser determinantes negativos nesse processo, bem como o fato da mulher não possuir outros filhos previamente.

### **3.4 Acolhimento em Saúde no Parto e Puerpério**

O acolhimento em saúde pode ser definido como o ato de perceber e reconhecer o que o usuário traz como sua necessidade naquele momento, visando a construção de vínculo entre este indivíduo e a rede socioafetiva que o assiste, ou seja, de uma relação baseada em transversalidade, ética, solidariedade, confiança e compromisso<sup>23,24</sup>. Dessa forma, para se efetivar o acolhimento, faz-se necessário que, além da criação de vínculo, haja qualificação da escuta dos relatos trazidos pelos usuários, garantia de acesso ao serviço de saúde e resolutividade nos serviços<sup>24,25</sup>.

O parto é um acontecimento singular, com significados que ganham molde da cultura e da própria vivência de cada parturiente<sup>26</sup>. Já o puerpério é um período de intensa descoberta e transformação, que pode envolver certos agravos em saúde, sendo muitos deles causas determinantes de morbimortalidade materna<sup>25</sup>. Nesse sentido, visando consolidar seguramente a saúde da mulher, não somente como gestante e mãe, mas, enfaticamente, como um ser com demandas físicas e emocionais próprias e diversas, o acolhimento em saúde nesses momentos é imprescindível. Logo, deve haver, por parte do profissional de saúde, competência técnica e postura ética para que sejam determinadas as melhores condutas disponíveis para cada caso em particular<sup>25</sup>.

De acordo com uma revisão sistemática<sup>25</sup>, no que diz respeito ao serviço de saúde no período puerperal na Atenção Básica (AB), muitas mulheres queixaram-se da carente contemplação às suas necessidades, principalmente emocionais, passando a criança a ser o foco quase exclusivo daqueles profissionais que exerciam o cuidado. No cenário atual da saúde brasileira, ainda existem obstáculos para uma abordagem adequada, apesar das orientações do documento “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”, desenvolvido em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que objetiva estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada e humanizada<sup>27</sup>, bem como da criação da Rede Cegonha e do PHPN, que exploram a questão do acolhimento durante o pré-natal e o puerpério nos seus programas<sup>17</sup>.

### **3.5 Acolhimento em Saúde no Luto Perinatal**

No que tange o luto perinatal, considerando todos seus aspectos emocionais e as possíveis desordens psiquiátricas por ele desencadeadas, inclusive o luto complicado, a assistência humanizada urge como um fator muito importante para minimizar tais impactos negativos que esse processo pode trazer à saúde da mulher<sup>6,21,28</sup>. Nesse sentido, é fundamental a oferta de apoio psicológico específico por parte da equipe de saúde imediatamente após a perda perinatal e que ele se perdone, rotineiramente, após a alta hospitalar<sup>4</sup>.

Entretanto, lidar com a morte e falar sobre ela costuma ser extremamente difícil para muitos profissionais da saúde, especialmente no que diz respeito à morte neonatal<sup>6</sup>. Muitos profissionais não recebem a formação adequada para agir além do que as “engessantes” normas técnicas preconizam<sup>19,22</sup>. Ouvir a paciente, permitindo que ela exteriorize suas emoções, sem confrontar ou julgar o que é dito pode se tornar uma das principais formas de amenizar a dor do sofrimento da perda, além de reduzir a ansiedade e o estresse nesse momento<sup>3,19,29</sup>.

Além da escuta, a forma como é transmitida as informações e notícias nesse momento é de extrema importância para a saúde da mental da mulher que enfrenta tal perda<sup>6,22,28</sup>. Salgado et al.<sup>6</sup> frisa em sua obra a necessidade de se utilizar frases como “Sinto muito, mas não tenho uma boa notícia”, de se aguardar a reação da mulher antes de informar questões técnicas e de buscar saber o quanto ela está pronta e quer ter conhecimento da situação. Já Almeida et al.<sup>22</sup>, traz conclusões de enfermeiras a respeito da importância do toque para mostrar empatia e de se evitar feições de pena ou susto no momento do diagnóstico do óbito perinatal ou da transmissão da má notícia.

Ademais, nesse momento de fragilidade e, muitas vezes de negação, há uma série de situações que requerem tomadas de decisões por parte dos pais e muitas escolhas incorretas podem ocasionar arrependimento e dificultar o processo de luto<sup>3,20</sup>. É importante frisar que, as escolhas de cada mulher e de sua família irão sofrer influência de sua cultura e experiências pessoais e devem ser sempre respeitadas, entretanto o profissional de saúde deve sempre elucidar e explicar os riscos e benefícios de cada opção<sup>3,6</sup>.

Em situações de perdas intrauterinas, uma escolha muito comum a ser feita, que irá depender da condição de saúde física e emocional da mulher, bem como do período gestacional que ocorreu essa perda, é entre a realização da conduta expectante ou do manejo ativo<sup>6</sup>. Esse momento é um ótimo exemplo de como o profissional de saúde deve participar da escolha da gestante, instruindo-a e realizando o acolhimento para que, nessa situação de fragilidade emocional, ela consiga tomar a melhor decisão<sup>6,28</sup>.

Um estudo qualitativo realizado em 2019 em dois hospitais espanhóis, que apresenta diversos relatos de pais e mães que sofreram uma perda perinatal, enfatiza também a importância de a equipe de saúde encorajar e incentivar os pais a realizarem certas práticas que podem ajudar a amenizar o sofrimento, como a de ver e se despedir do bebê, guardar lembranças como fotos, pegadas ou roupas, desde que essa seja a vontade desses familiares<sup>3</sup>. Ainda, com o mesmo intuito, frisa a importância da alocação cuidadosa da mulher em áreas da maternidade onde não haja contato com outros pais com bebês nascidos, bem como a necessidade de evitar

expressões e linguagem clínico-administrativa (ex.: feto), uma vez que ocasionam maior angústia. Outros estudos destacam que visualizar o feto após a interrupção de uma gestação pode ser muito traumático para algumas mulheres, estretanto, para outras, realmente pode ajudar na compreensão de que a decisão tomada foi a certa<sup>4</sup>.

### **3.6 Protocolos e Fluxo de Acolhimento**

Para se alcançar a melhor resolução das diversas questões que procedem a perda, a equipe de saúde necessita estar hábil para intervir nesses momentos e prestar uma assistência rica em respeito e dignidade a essas famílias, ato essencial para amenizar a dor do processo do luto<sup>3,5,6</sup>. No entanto, apesar da literatura científica reconhecer a necessidade da atenção e do cuidado voltado a essas mulheres, o suporte psicológico muitas vezes não é oferecido e manuais de intervenção que visem auxiliar na tomada de decisão e guiar o profissional de saúde acerca dos métodos a serem seguidos, são raramente aplicados nesse contexto<sup>4,19</sup>. Segundo as autoras do livro “Como Lidar: Luto Perinatal”, há poucas publicações na literatura brasileira que abordem o respectivo tema, bem como poucos relatos no mundo de protocolos de assistência às mulheres enlutadas após uma perda gestacional e/ou no período neonatal precoce<sup>6</sup>.

Tal déficit evidenciado pode ser consequência da carência e não comprovação de eficácia das intervenções realizadas em estudos randomizados destinados à prevenção do luto perinatal<sup>3,4,20</sup>. Todavia, alguns estudos demonstraram que tais intervenções são eficazes quando voltadas aos grupos de alto risco ou àqueles que já apresentam o luto complicado<sup>4,19</sup>. Grandes fontes obstétricas, como “Zugaib Obstetrícia”<sup>30</sup>, “Rezende: Obstetrícia Fundamental”<sup>11</sup> e “Tratado de Obstetrícia Febrasgo”<sup>31</sup>, ratificam esse cenário ao abordarem apenas brevemente em seus textos sobre a perda perinatal e a necessidade do acolhimento por parte dos profissionais de saúde a essas mulheres e não apresentarem instruções ou métodos que explorem as condutas adequadas a serem administradas.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do Estudo**

Tratou-se de um estudo documental descritivo de abordagem qualitativa exploratória que foi realizado a partir de documentos primários de registros institucionais publicizados de autoria oficial e acesso público aberto em documentação eletrônica.

Esse recurso metodológico foi escolhido por permitir a compreensão das descrições presentes nos documentos investigados e, assim, uma reflexão sobre os critérios de humanização que estejam bem circunscritos no texto e explícitos através de uma comunicação bem estabelecida.

### **4.2 Local e Período do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida nos sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, das Secretarias de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e Municipal de Salvador e de Hospitais e maternidades de Salvador - Ba que disponibilizavam a documentação eletrônica de seus registros para o acesso público aberto. Partiu-se do princípio de que tais documentos investigados podem ser aqueles utilizados como guia na instrução dos profissionais de saúde da cidade de Salvador – Ba acerca do cuidado e acolhimento ofertados às mulheres em situação de perda perinatal. O período de realização do referido estudo se deu entre maio de 2021 e maio de 2022.

### **4.3 Seleção dos Dados e Critérios de Elegibilidade dos Documentos**

Foram incluídos nessa pesquisa documentos oficiais relativos às políticas de humanização em saúde, bem como normas técnicas, manuais, orientações de serviço, fluxos e protocolos internos e de cunho público que foram levantados dos sites supracitados já referidos.

Tais documentos devem ter sido publicados após a implementação da PNH – Política Nacional de Humanização (2003)<sup>23</sup> e deveriam abordar em pelo menos um de seus capítulos e/ou subcapítulos sobre os cuidados assistenciais de humanização às mulheres em situação de perda durante a gestação e nos primeiros 28 dias de vida do recém-nascido. Dentre esses documentos somente foram incluídos aqueles considerados autênticos (genuínos e de origem inquestionável), documentos primários representativos ao tema e com conteúdo claro e compreensível.

Após uma busca exaustiva, foram excluídos dessa pesquisa documentos que não abordavam nenhuma consideração acerca dos cuidados com saúde mental na gestação e puerpério e edições mais antigas de documentos repetidos, obtidos em mais de um site.

#### 4.4 Análise dos Dados

A análise documental foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo, segundo Minayo<sup>32</sup>, sendo dividida em 3 fases: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial, a serem realizadas nessa ordem.

Na primeira fase – pré-análise –, foi construído o corpus de análise, a formulação dos objetivos do estudo e indicadores para a interpretação dos resultados, bem como a realização de leitura flutuante, atentando-se aos critérios de exaustividade (esgotar a totalidade do texto), representatividade (representar de forma fidedigna o universo estudado), homogeneidade (os documentos devem representar o universo estudado) e pertinência (documentos devem ter conteúdos adequados aos objetivos do trabalho)<sup>32,33</sup>. Em outras palavras, cada documento selecionado nesse momento, a partir dos critérios de inclusão e exclusão já descritos, foi lido exaustivamente e interpretado cuidadosamente de forma a compreender o seu conteúdo.

Em seguida, na descrição analítica, foi realizada a exploração do material coletado. Inicialmente, foram extraídos elementos informativos de cada texto pertinentes às questões de interesse desse trabalho. Assim, foram coletadas as informações factuais que caracterizavam a existência de fluxo e/ou protocolo interno de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perdas perinatais na Rede de Saúde de Salvador – Ba, bem como as que explicitavam os procedimentos ofertados pela equipe de saúde a essas mulheres nos hospitais e maternidades de Salvador – BA.

Dando continuidade a essa etapa, foi realizada a categorização a posteriori, com suas respectivas unidades de registro (URs), para a análise temática e de modalidades de decodificação para o registro de dados<sup>33</sup>. Inicialmente, foram confeccionadas fichas com o objetivo de identificar e registrar os documentos consultados, bem como organizar ideias e observações importantes (APÊNDICE A). Em seguida, os elementos que melhor indicavam o conteúdo dos documentos selecionados foram destacados e organizados sistematicamente de acordo com a presença desses indicadores e, assim, tais modalidades de decodificação foram apresentadas em um quadro (APÊNDICE B).

Por fim, foi realizada a terceira fase da análise documental, referente ao tratamento dos dados, a interpretação inferencial. Nessa etapa, os dados coletados e organizados foram destacados em quadros para a realização da análise reflexiva e crítica propriamente dita, momento em que buscou-se estabelecer relações dos textos com a realidade de acordo com os objetivos deste estudo.

#### **4.5 Considerações Éticas**

Esse estudo não possui pesquisa com seres humanos, portanto não necessita de avaliação do comitê de ética em pesquisa.

## 5 RESULTADOS

Como mencionado na metodologia, os documentos foram selecionados a partir dos sites do Ministério da Saúde (Site I), SESAB (Site II), Secretaria de Saúde Municipal de Salvador (Site III) e de 13 maternidades de Salvador – Ba. Das 13 maternidades, cinco (5) foram maternidades privadas e oito (8) públicas, sendo uma (1) federal e sete (7) estaduais. Apenas do site da maternidade federal (SITE IV) foram selecionados documentos que atenderam aos critérios de inclusão dessa pesquisa.

No total, 15 documentos foram reunidos a partir dos sites supracitados. Desses 15 documentos, 06 foram excluídos por não abordarem cuidados com saúde mental na gestação e puerpério e 02 por serem versões mais antigas de documentos coletados. Assim, 07 documentos atenderam aos critérios de inclusão e fizeram parte desse estudo.

Apenas um dos documentos selecionados foi obtido a partir do SITE IV e nenhum a partir do Site III. O Quadro 1 apresenta a distribuição de documentos de acordo com os sites fontes, sequenciados em numeração romana.

**Quadro 1** – Número de Documentos Retirados dos Sites I, II, III e IV

Sites	Nº de documentos
SITE I	03
SITE II	03
SITE III	00
SITE IV	01

Fonte: Elaborado pelo autor

**Quadro 2** – Distribuição dos Tipos de Documentos de Acordo com o Site Fonte

Sites	Cartilha	Carta de Serviço	Manual	Norma técnica	Política Pública	Protocolo
SITE I						
SITE II						
SITE III						
SITE IV						

Fonte: Elaborado pelo autor

Com relação aos tipos de documentos, foram coletados uma carta de serviço, uma cartilha, dois manuais, uma norma técnica, uma política pública e um protocolo. O Quadro 2 apresenta os tipos de documento retirado de cada site.

Dos 07 documentos selecionados, apenas 01 apresentava fluxo e/ou protocolo de acolhimento direcionado às mulheres em situação de perda perinatal.

Após aplicação das técnicas de análise mencionadas, os documentos foram categorizados de acordo com os assuntos que mais se destacavam e se repetiam. Dessa forma, emergiram 4 categorias: *1. Escuta Qualificada, 2. Respeito à Autonomia da Gestante, 3. Roteiro de Conversa - Transmissão da Má Notícia e 4. Sentimentos da Mulher Frente à Perda.*

Para melhor visualização das categorias e respectivas Unidades de Registro (URs) foi confeccionada o Quadro 3.

**Quadro 3** – Categorias e Respectivas URs

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de Registro (URs)</b>
1	Humanização do serviço de saúde; Construção de narrativas próprias; Formação de vínculo e confiança entre profissional de saúde e a mulher; conforto e amparo proporcionados.
2	Escolha entre conduta ativa ou expectante; ver ou não o bebê; realização de necrópsia; decisão compartilhada.
3	Formas adequadas de comunicação - linguagem verbal e não verbal; temas que podem ser abordados; ambiência adequada; ética profissional; empatia; veracidade das informações.
4	Sentimentos mais comuns frente à perda

Fonte: Elaborado pelo autor

Na categoria *1. Escuta Qualificada*:

04 documentos abordaram o tema, sendo uma carta de serviço ao usuário, uma norma técnica, um protocolo e um manual. O protocolo relaciona a escuta qualificada à humanização do atendimento nos serviços de urgência/emergência obstétrica e a carta de serviço ao usuário à construção de narrativas próprias sobre perdas de até 12 semanas de gestação. Já a norma técnica, destaca a importância da escuta para estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher. Por sua vez, o manual faz referência à escuta qualificada através da atitude de “confortar” e “amparar” tanto os pais, quanto toda a família.

Na categoria *2. Respeito à Autonomia da Gestante*:

03 documentos abordaram o tema, sendo uma norma técnica, uma carta de serviço e um manual técnico. O manual aborda a importância de respeitar a escolha da mulher frente a possibilidade da conduta ativa e expectante, bem como sobre decisões como de ver o não o bebê após a conduta e realização de exames pós morte, como necrópsia. A norma técnica, enfatiza a necessidade de a decisão da mulher ser “livre”, “consciente” e “informada”, contando com a participação do profissional de saúde, sendo, assim, uma “decisão compartilhada”. Já a carta, tangencia o tema, citando a abordagem de um de seus serviços prestados às gestantes em situação de perda.

Na categoria 3. *Roteiro de Conversa - Transmissão da Má Notícia*:

Sobre essa categoria, 02 documentos – uma norma técnica e um manual – exploram formas adequadas de comunicação com a gestante – verbais e não verbais – frente as suas demandas emocionais, citando assuntos, estratégias, frases, palavras e até gestos específicos para serem utilizados. Segundo os documentos, os principais temas a serem explorados são: “desejo de ser mãe”, “relacionamento com o parceiro”, e “apoio/suporte emocional”. Ainda, esses documentos abordam a correta maneira de transmitir a má notícia, frisando a necessidade de uma ambiência adequada, cuidado com os termos utilizados, a postura ética do profissional de saúde, demonstração de afeto por parte dele e veracidade das informações transmitidas.

Na categoria 4. *Sentimentos da Mulher Frente à Perda*:

02 documentos abordaram diretamente o tema, sendo uma norma técnica e um manual técnico. Os principais sentimentos relatados foram: “raiva”, “insuficiência”, “impotência”, “culpa”, “autocensura”, “pesar”, “ansiedade”, “solidão” e “angústia”.

## 6 DISCUSSÃO

As categorias supracitadas, definidas a partir dos temas que mais se destacavam e se repetiam nos documentos selecionados, correspondem à temas comumente abordados na literatura sobre o assunto da perda perinatal. A seguir, discute-se sobre as categorizações separadamente e os seus achados.

### **Categoria 1. Escuta Qualificada:**

O tema “escuta qualificada”, primeira categoria deste estudo, foi o mais abordado nos documentos selecionados. Esse achado pode ser atribuído ao fato dessa conduta, a escuta ativa, ser uma das bases para todo acolhimento humanizado, como destacado pelo MS através da Política Nacional de Humanização<sup>23</sup>. Ao acessar o serviço de saúde, a primeira coisa que um paciente deseja, independente da sua queixa, é ter as suas dores – sejam elas físicas ou emocionais – legitimadas. Para que isso se concretize, é peremptório que o paciente possa falar abertamente e, quem o atende, o ouça verdadeiramente, visando estabelecer uma relação de vínculo, com confiança e compromisso.

Ainda, os documentos analisados enfatizam que, para realizar um acolhimento adequado dessas mulheres em situação de perda perinatal, tão importante quanto ouvir é a forma como os profissionais de saúde exercem a escuta: eles devem evitar julgamentos, não devem conter e/ou rebater o que é dito pela mulher, principalmente em um momento de emoção. Esses aspectos são ratificados por autores como Corrêa et al.<sup>25</sup>, Santos et al.<sup>29</sup> e Salgado et al.<sup>6</sup>, que enfatizam a importância da mulher “desabafar” sem ser repreendida na elaboração da perda e amenização de sentimentos como raiva, tristeza, descrença e negação.

### **Categoria 2. Respeito à autonomia da Gestante:**

O “Respeito à autonomia da Gestante” é um tema bem consolidado quando fazemos referência ao luto perinatal. Os documentos analisados explanam a importância de se respeitar as escolhas da mulher, uma vez que são decisões individuais, compondo um momento extremamente difícil. Camacho-Ávila et al.<sup>3</sup> corrobora com esses achados ao enfatizar que as escolhas de cada mulher após a perda refletem suas próprias crenças e vivências, devendo ser valorizadas e respeitadas.

As principais escolhas destacadas a partir dos documentos foram: “realização da conduta ativa x expectante”, “ver ou não o bebê após a conduta” e “realização de necrópsia”. Na literatura, Camacho-Ávila et al.<sup>3</sup> traz como decisões importantes da mulher a serem respeitadas, “ver o bebê”, “se despedir do bebê”, “guardar memórias, como fotos, pegadas ou roupas”, entre outras. Já, Salgado et al.<sup>6</sup>, no capítulo “Como lidar com a perda uterina”, frisa a respeito da

decisão entre a conduta ativa e a expectante após o diagnóstico do óbito fetal, ratificando também a necessidade de fazer valer a escolha da mulher.

Ademais, outro achado desse estudo, faz referência à “decisão compartilhada” entre o profissional de saúde e a mulher que enfrenta a perda, ainda que essa escolha seja, no final, por parte da gestante. Fazendo referência à obra de Salgado et al.<sup>6</sup> supracitada, a autora corrobora com esse ponto ao apresentar as condutas ideais que devem ser realizadas pelos profissionais e pela mulher em cada situação de seguimento do óbito fetal, explanando a importância nesse momento, do posicionamento médico, que deve destacar os riscos e benefícios de cada situação através de seus conhecimentos científicos e sua experiência, permitindo, assim, o empoderamento da mulher e que ela realize uma escolha consciente em prol do seu bem físico e mental.

### **Categoria 3. Roteiro de Conversa e Transmissão da má notícia:**

Após a análise documental, viu-se que, alguns documentos traziam formas e elementos cruciais para se adequar uma conversa com a gestante tanto no momento de transmissão da má notícia quanto em momentos posteriores. Faziam também referência à temas importantes a serem abordados, como “desejo de ser mãe”, “relacionamento com o parceiro”, “comunicação dos fatos” e “apoio emocional”. Entende-se que, a abordagem de alguns desses aspectos, levando em conta a disponibilidade da mulher, pode ajudar na compreensão dos significados da perda no contexto de vida do indivíduo e sua família. Na literatura, autores como Salgado et al.<sup>6</sup>, Camacho-Ávila et al.<sup>3</sup> e Almeida et al.<sup>22</sup>, ratificam este achado ao afirmarem que, a forma como se é transmitida a notícia da perda influencia significativamente em como a mulher associa e enfrenta os estágios do luto, trazendo exemplos de frases e expressões, bem como temas similares a serem abordados no acolhimento a essas mulheres.

### **Categoria 4. Sentimentos da Mulher Frente à Perda:**

Como já mencionado, a partir dos documentos analisados, os sentimentos que foram destacados foram “raiva”, “insuficiência”, “impotência”, “culpa”, “autocensura”, “pesar”, “ansiedade”, “solidão” e “angústia”. Desse modo, esse achado é confirmado pelo que se encontra na literatura vigente, onde autores como Bhat et al.<sup>20</sup> e Camacho-Ávila et al.<sup>3</sup>, apontam sentimentos e reações similares, além de “prejuízo das funções diárias”, “choque”, “descrença”, “negação”, “estresse pós-traumático”, “distúrbios do sono” e “depressão”. Em seu estudo, Gold et al.<sup>21</sup>, apresenta que mães enlutadas possuem 4 vezes mais riscos de desenvolver sintomas de depressão e 7 vezes mais riscos de desenvolver sintomas pós-traumáticos. Os achados desse e de outros estudos ratificam que tais sentimentos apresentados compõe o luto inerente à perda e devem ser reconhecidos o mais brevemente possível pelos

profissionais de saúde para que seja ofertado um suporte psicológico direcionada à mulher o quanto antes, onde essas reações possam ser trabalhadas evitando, assim, o luto complicado.

Como já mencionado, apenas 7 documentos fizeram parte da análise desse estudo, sendo que, desses 7, apenas 1 apresentou fluxos e/ou protocolos de acolhimento voltados às mulheres em situação de perda perinatal. Pode-se perceber, portanto, que os achados desse estudo corroboram com o que é visto na literatura científica até o atual momento: deficiência de fluxos e protocolos de atendimento voltados às mulheres em situação de perda perinatal na rede de saúde como um todo<sup>4,6,19</sup>

Esse trabalho foi realizado no meio virtual, durante a pandemia Covid 19, o que se configurou como um limitador da aquisição de um número de documentos maior, uma vez que, muitas maternidades não fornecem tais materiais no formato eletrônico e disponível ao acesso público aberto. Logo, esse estudo não pode caracterizar como presente ou ausente a existência dos documentos pesquisados nas maternidades, mas sim apenas em seus sites. Entretanto, sabendo-se que, atualmente, a internet se configura como um importante meio facilitador para se conectar com às informações, é importante que, se existentes, tais documentos estivessem disponíveis no meio virtual, permitindo, assim, o acesso não somente de profissionais de saúde acerca do conhecimento e qualificação, mas, sobretudo, das gestantes e familiares sobre informações, condutas, diretrizes e direitos em um momento de possível perda.

Sobre a carência vigente de tais protocolos e fluxos, a literatura pontua que eles devem estar fundamentados em condutas que estejam baseadas em evidências científicas, contudo estudos observacionais ou até mesmo revisões de literatura são escassos<sup>4</sup>. Essa ausência de materiais científicos dificulta a preconização de diretrizes que especifiquem as intervenções a serem seguidas, como o que não fazer ou o que oferecer a essas mulheres nesse momento, promovendo rachaduras no acolhimento, levando à piora do sofrimento inerente à perda perinatal<sup>3-6</sup>.

A falta de acolhimento e humanização diante do processo do luto perinatal contribui para dificultar a superação da perda e tornar o estado de luto um momento de extrema vulnerabilidade e sensibilidade principalmente para a mulher. Levando-se em conta os altos números de óbitos perinatais que ainda se mantém no Brasil, há muitas mulheres brasileiras susceptíveis ao processo de luto perinatal e, assim, às suas complicações, necessitando, portanto, de atenção e cuidado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como objetivo identificar e caracterizar fluxos e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perda perinatal nas maternidades de Salvador – BA. Ainda, foi possível refletir sobre a importância da presença de tais fluxos e protocolos no processo de luto perinatal da mulher.

Fica evidenciado, nesse estudo, que existem poucas políticas e programas públicos brasileiros voltados especificamente à assistência humanizada de mulheres em situação de perda perinatal. Ademais, esse estudo corrobora com a realidade vigente de carência de fluxos e protocolos de atendimento confeccionados com essa mesma finalidade.

A carência de documentos eletrônicos disponibilizados pelas maternidades, que norteiem as condutas e práticas dos profissionais de saúde frente as demandas emocionais de mulheres em situação de perda perinatal, pode refletir a realidade de deficiência de protocolos e fluxos nessas instituições de saúde, entretanto, não pode afirmar o mesmo. Todavia, levando-se em consideração a importância do meio virtual como um facilitador ao acesso à informação, se esses documentos estão presentes nessas instituições, seria de grande valia que fossem disponibilizados ao acesso virtual público aberto como uma forma de garantir a consolidação dos direitos da gestante e da mulher.

Dentre os achados referentes aos cuidados oferecidos a essas mulheres, a escuta qualificada foi a conduta mais relatada, promovendo impactos positivos no processo de luto perinatal, como formação de vínculo e confiança com a equipe de saúde, elaboração materna da perda e amenização dos sentimentos inerentes ao luto.

Através deste estudo, fica claro, portanto, que para se amenizar os riscos à saúde mental dessas mulheres é imprescindível, primeiramente, que a humanização seja a base da assistência obstétrica desde a primeira consulta pré-natal, para que assim, o acolhimento, em todos os momentos que podem envolver a gestação, parto e puerpério, aconteça de forma natural e espontânea. Desde esses momentos, o profissional de saúde deve ser um meio de garantir os direitos à informação, ao cuidado e a um atendimento rico em atenção e dignidade.

Com essa finalidade, é peremptório, portanto, que aja com empatia e respeito, realizando a escuta ativa, esclarecendo as dúvidas existentes da paciente e de seus acompanhantes, permitindo, assim, que confie naqueles que prestam o serviço e possam se expressar livremente, sem medo do julgamento e repressão.

A partir do histórico das políticas públicas brasileira voltadas à mulher, em soma com a realidade vigente, pode-se perceber, portanto, que apesar dos avanços ao longo de 1 século de luta, na prática, ainda há muitas lacunas a serem preenchidas no que diz respeito à consolidação dos direitos institucionalizados em questão. Ademais, percebe-se que, ao longo de todos esses anos, embora a saúde da mulher não seja mais resumida à sua função reprodutora e matriarcal, há um déficit quanto a existência de políticas, diretrizes e protocolos específicos em maternidades que foquem na saúde mental dessa parte da população em seus diferentes ciclos de vida, em especial no que tange a gravidez, parto e puerpério, como forma de apoio para famílias que vivenciam natimortos e morte neonatal.

Por fim, devido à limitação já mencionada deste estudo, recomenda-se a realização de um estudo documental em campo – dentro do espaço físico das maternidades –, visando melhor caracterizar a presença de fluxo e protocolos de assistência à saúde da mulher, relacionados à humanização, em situação de perda perinatal na Rede de Saúde de Salvador - Ba.

## REFERÊNCIAS

1. Montero SMP, Sánchez JMR, Montoro CH, Crespo ML, Jaén AGV, Tirado MBR. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(6):1405–12.
2. FREUD S. Luto e Melancolia (1917 [1915]). In: \_\_\_\_\_. *A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914- 1916)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1996. 245–263 p.
3. Camacho-Ávila M, Fernández-Sola C, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Martínez-Artero L, et al. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019;19(1):1–11.
4. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14(2):187–94.
5. Santos C da S, Marques JF, Carvalho FHC, Fernandes AFC, Henriques ACPT, Moreira K de AP. Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery*. 2012;16(2):277–84.
6. Salgado H de O, Polido CA. *Como Lidar: Luto Perinatal*. 1st ed. São Paulo: Ema Livros; 2020. 128 p.
7. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Banco de dados do Sistema Único de Saúde -DATASUS. 2019 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6941&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/fet10>
8. Brazil. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2009. 96 p.
9. World Health Organization. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva; 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *SAÚDE BRASIL 2019: Uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização*. Vol. I. Brasília - DF; 2019. 520 p.
11. Montenegro CAB, Rezende Filho J de. *Rezende: Obstetrícia Fundamental*. 14ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2019.
12. BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes*. 2011. 1–82 p.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000(\*). PORTARIA Nº 569 Brasil; 2000.
14. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº. 1.067, DE 4 DE JULHO DE 2005. PORTARIA Nº. 1.067 Brasil; 2005 p. 1–8.
15. Civil P da RC. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. LEI Nº 11.108 Brasil; 2005.

16. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. PORTARIA Nº 1.459 Brasil; 2011.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rede Cegonha. Portal da Saúde - Ministério da Saúde. 2012;1.
18. FREUD S. Inibições, Sintomas e Ansiedade (1926 [1925]). In:\_\_\_\_\_. Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago; 1996. 81–171 p.
19. Corno G, Bouchard S, Baños RM, Rivard MC, Verdon C, de Montigny F. Providing Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention. *Frontiers in Psychology*. 2020;11(June):1–8.
20. Bhat A, Byatt N. Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks Amritha. *Current Psychiatry Reports*. 2016;63(8):1–18.
21. Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of Women’s Health*. 2016;25:263–9.
22. Almeida F de A, Moraes MS de, Cunha ML da R. Taking care of the newborn dying and their families: Nurses’ experiences of neonatal intensive care. *Journal of School of Nursing USP*. 2016;50:118–24.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 1st ed. Brasília - DF, Brasil; 2013. 1–16 p.
24. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde M da S. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2ª edição. Brasília: Editora MS; 2010. 1–43 p.
25. Corrêa MSM, de Oliveira Feliciano KV, Pedrosa EN, de Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de Saude Publica*. 2017;33(3):1–12.
26. Da Silva, Thainá; Bisognin, Priscila; Prates, Lisie Alende; Wilhelm, Laís; Candido, Cleonir; Ressel L. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. *Biblioteca Lascasas*. 2016;12:1–29.
27. Word Health Organization. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. In 1996. p. 3. Available from: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>
28. Kingdon C, Givens J, O’Donnell E, Turner M. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth* [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 12];42(3):206–18. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12176>
29. Santos DS, Andrade ALA de, Lima BS de S, Silva YN da. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(1 suppl 2):62–7.
30. Zugaib M, Francisco RPV. Zugaib Obstetrícia. 4ª. Zugaib Obstetrícia. Barueri - SP: Manole; 2020.

31. Fernandes CE, Sá MFS de. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. 1ª. Tratado de obstetrícia Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
32. Minayo MCS. Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406 p.
33. Bardin L. Análise de Conteúdo. Vol. 22, Revista Educação. Lisboa: Edições 70; 1977. 225 p.

## APÊNDICE A – Ficha para Categorização dos Documentos

### **Dados de Identificação**

Título:

Autores:

Endereço de acesso:

Ano de publicação:

Maternidade/órgão de publicação:

### **Conforme estratégia desenvolvida:**

Especificações:

Tema central abordado:

Aborda o tema: óbito neonatal ( ); luto perinatal ( ); perda perinatal ( ); perda gestacional ( )

Apresenta fluxo e/ou protocolo de acolhimento às mulheres em situação de perda perinatal:

Sim ( ) Não ( )

Assuntos e termos prevalentes:

Público-alvo:

Objetivo:

Destaques:

Limitações/recomendações:

## APÊNDICE B – Quadro Sinóptico das Informações Extraídas dos Documentos

<b>Especificações</b>	<b>Site fonte</b>	<b>Tema central</b>	<b>Apresenta Fluxo ou Protocolo de Acolhimento Relacionados à Perda Perinatal</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Objetivo</b>
Cartas de Serviço ao Usuário – Cap. “Programa Atenas”	SITE IV	Serviços Ofertados aos Usuários	NÃO	Usuários da maternidade	Apresentar e esclarecer os serviços oferecidos pela maternidade ao usuário
Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Mulheres no Estado da Bahia – Subcapítulo 5.3	SESAB	Diretrizes a serem abordadas nas ações de atenção à saúde da mulher no estado da Bahia	NÃO	Gestores Públicos e população baiana	Garantir a atenção integral e qualificada às mulheres no estado da Bahia
Atenção Humanizada ao Abortamento – Norma Técnica: Capítulo 03	Ministério da Saúde	Atenção Humanizada ao abortamento no Brasil	NÃO	Profissionais e gestores de saúde	Ser um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção ao abortamento
Gestação de Alto Risco - Manual Técnico 5ª edição (Capítulo “Óbito Fetal”)	Ministério da Saúde	Atenção ao parto de alto risco e nascimento	SIM	Profissionais e gestores de saúde	Apoiar os profissionais responsáveis pelo cuidado na qualificação da atenção à gestante de alto risco
Manual Prático Para Implementação Da Rede Cegonha (Pag. 34)	SESAB	Rede Cegonha	NÃO	Gestores de Saúde	Orientar e subsidiar os gestores e os trabalhadores na implementação da Rede Cegonha.
Protocolo De Atenção Básica – Saúde Das Mulheres (2016)	Ministério da Saúde	Saúde Reprodutiva da Mulher	NÃO	Profissionais de saúde da Atenção Básica	Servir de subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado

<b>Especificações</b>	<b>Site fonte</b>	<b>Tema central</b>	<b>Apresenta Fluxo ou Protocolo de Acolhimento Relacionados à Perda Perinatal</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Objetivo</b>
Cartilha - Gravidez Saudável e Parto Seguro são Direitos da Mulher (CAP. “Outros Direitos”)	SESAB	Direitos da mulher na gestação e parto	NÃO	Gestantes	Permitir que a gestante se empodere com relação aos seus direitos na gestação, possa viver tal fase da forma mais saudável e plena.