

## PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA PERDA GESTACIONAL: VOZES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

Camila Amthauer\*  
 Isabel Cristina Pacheco Van der Sand\*\*  
 Leila Mariza Hildebrandt\*\*\*  
 Carolina De Leon Linck\*\*\*\*  
 Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini\*\*\*\*\*

### RESUMO

O presente estudo, descritivo e de abordagem qualitativa, teve como objetivo identificar as percepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de um município do Noroeste gaúcho sobre a perda gestacional e as práticas assistenciais desenvolvidas por esses profissionais junto a mulheres e famílias que vivenciam esse tipo de perda. Dele participaram doze profissionais, por meio de entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados pela análise temática. Nele são apresentados dois temas. O primeiro traz as percepções relativas à experiência de uma perda gestacional, na ótica dos profissionais participantes da pesquisa; no segundo, discorre-se sobre as práticas de cuidado adotadas por essas equipes junto a essas mulheres e famílias. A perda gestacional constitui-se em uma trajetória de sofrimento e dor, que se traduz pelos sentimentos de tristeza, frustração, incapacidade e culpa independentemente do desejo da gestação. Diante disso, buscam-se práticas assistenciais que privilegiem a escuta, a exemplo da visita domiciliária, possibilitando a elaboração do luto de toda a família, com maior ênfase na mulher enlutada.

**Palavras-chave:** Morte Fetal. Saúde da Família. Pessoal da Saúde. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A gestação é uma época fecunda em vários sentidos, pois se associa a transformações biopsicossociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e relacional da mulher. Este evento envolve o casal e seu entorno, inclusive a família<sup>(1,2)</sup>. As mudanças pelas quais passa a mulher são necessárias para a constituição do espaço psíquico do bebê e da própria maternidade. O movimento da mulher, já na gravidez, no sentido de voltar-se para a criança evidencia que não se trata de uma futura mãe, nem de um feto, mas de uma mãe e do seu bebê, e assim deve ser tratada a gestação, inclusive em situações de adoecimento da gestante e de perda gestacional, que se constitui na morte de um filho antes de seu nascimento<sup>(1)</sup>.

também ao casal e a toda a unidade familiar, situações que impeçam a continuidade da gestação provocam profundas repercussões no equilíbrio individual e familiar. A perda gestacional costuma representar impossibilidade de transcendência de expectativas naturais humanas. Também, especificamente, interrompe as esperas existenciais depositadas nesse projeto particular pertencente à maternidade<sup>(3)</sup>. Ainda, a notícia da morte do filho nesse período pode não apenas refletir-se no casal, mas ser traumática para toda a família, nuclear e extensiva<sup>(3,4)</sup>.

Nessa perspectiva, é correto afirmar que a perda gestacional é uma situação complexa, quando consideradas as expectativas comumente criadas em relação à gravidez. Além disso, cabe lembrar que a morte costuma deixar uma sensação de vazio e dor, amenizada com o tempo, na medida em que for elaborada pela mulher e sua família e de acordo com as

<sup>1</sup>Artigo originado de Trabalho de Conclusão de Curso, graduação em Enfermagem, do Centro de Ensino Superior da Universidade Federal de Santa Maria (CESNORS/UFSM).

\* Enfermeira. Egressa do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM. E-mail: camila.amthauer@hotmail.com

\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente assistente do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM. E-mail: isabelvan@gmail.com

\*\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Docente assistente do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM. E-mail: leilahildebrandt@yahoo.com.br

\*\*\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente assistente do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM. E-mail: carollinck15@yahoo.com.br

\*\*\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente adjunta do Curso de Enfermagem da UFMS. E-mail: nara.girardon@gmail.com

Em virtude das transformações que a gestação acarreta à mulher e ao homem individualmente, e

experiências prévias desses atores com a temática<sup>(2)</sup>.

Ademais, um ambiente de acolhimento, voltado à escuta, pode ajudar essas mulheres e suas famílias a elaborarem os sentimentos oriundos do luto gestacional, e nisso se destacam as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as quais têm como um de seus objetivos o estreitamento de laços com os usuários, com vistas a afirmar o compromisso e a corresponsabilidade pelos seus problemas de saúde<sup>(5)</sup>.

Para o acolhimento adequado considera-se que é essencial o conhecimento da dinâmica emocional das mulheres diante da perda, pois possibilitará o atendimento de suas demandas emocionais e, em consequência, contribuirá na elaboração do luto pela perda do bebê. Neste modo de entender, o acolhimento é uma forma de operar os processos de trabalho em saúde, em busca de atender a todos os que procuram esses serviços, ouvir seus pedidos e assumir uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas adequadas aos usuários. Na perspectiva de assistência às pessoas enlutadas, esta deve ser entendida para além de questões físicas, lembrando-se que muitas vezes é necessário haver uma rede de apoio a toda a família<sup>(6)</sup>.

Corroborando estes fatos, estudos com mulheres em situação de abortamento em hospital apontam a necessidade de uma assistência que dê conta de toda a alteração psíquica que esse evento possa representar, além das questões biológicas, objetivando a recuperação total da mulher nessa situação e a integralidade da assistência. Merece destaque, também, a pertinência de ambientes que propiciem a escuta, com vistas à elaboração de sentimentos<sup>(7,8)</sup>.

Tendo em vista a importância da rede de apoio à mulher enlutada e à sua família, a escassez de investigações sobre o tema da atenção primária em saúde e o papel de equipes de ESF diante dessa situação, este estudo tem como objetivo identificar as percepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família de um município do Noroeste gaúcho sobre a perda gestacional e as práticas assistenciais desenvolvidas por esses profissionais junto a mulheres e famílias que vivenciam esse tipo de perda.

## METODOLOGIA

Este estudo é descritivo e de natureza qualitativa e foi desenvolvido em um município do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul adstrito à 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, que conta com três equipes da ESF. Os profissionais que integram a equipe mínima da ESF são um enfermeiro, um

auxiliar/técnico de enfermagem, um médico e um agente comunitário de saúde<sup>(5)</sup>.

Como critério de inclusão no estudo foi estabelecido que o sujeito deveria fazer parte da equipe mínima da ESF e ter experienciado, durante sua vida profissional, atendimento à mulher e/ou família em situação de perda gestacional. A amostra foi aleatória e constituiu-se de 12 profissionais (dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde). A determinação do número de sujeitos no estudo, respeitado o critério de representatividade profissional e das equipes, deu-se por saturação dos dados, considerando-se que a amostra ideal é aquela que reflete a totalidade em suas múltiplas dimensões, sendo suficiente o número que permita certa reincidência de informações<sup>(9)</sup>. Todos os convidados aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, mediante o processo 23081.011801/2010-23. Os dados foram coletados durante o mês de agosto de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em *audiotape*, textualizadas e, em seguida, transcritas para fins de análise e interpretação dos dados coletados.

A entrevista, realizada na unidade básica onde cada profissional atua, norteou-se pelas questões “Conte-me alguma situação profissional em que você se viu diante de uma perda gestacional” e “Conte-me o que normalmente é realizado nessa ESF em relação a uma perda gestacional”. Os nomes dos sujeitos foram substituídos pelas abreviaturas *M.* (médico), *E.* (enfermeira), *TE.* (técnica de enfermagem) e *ACS.* (agente comunitária de saúde), seguidas de um número ordinal. Os dados foram analisados pela análise de conteúdo da modalidade temática, operacionalmente efetuada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise tomou-se contato com o material produzido na transcrição das entrevistas, por meio de leitura exaustiva, com vistas a uma impregnação das informações contidas; na exploração, realizou-se a categorização dos dados, organizando-se as unidades de registro a partir de suas afinidades temáticas; e na interpretação buscou-se a compreensão e interpretação dos dados à luz do referencial<sup>(7)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de conteúdo<sup>(9)</sup> identificou duas categorias, que serão apresentadas a seguir.

### A perda gestacional na voz dos profissionais da ESF

À medida que os profissionais relatavam suas experiências relativas à atenção à mulher e família que sofrem uma perda gestacional, e alguns, espontaneamente contavam suas vivências pessoais, emergiram as suas percepções acerca desse fenômeno. Assim o enlutado - seja o usuário da ESF ou o próprio profissional, segundo os sujeitos do estudo - questiona-se sobre o motivo do ocorrido e mostra o desejo de saber o porquê de ter sido o "escolhido" para viver a perda.

Como aconteceu comigo, eu fiquei me perguntando por muito tempo ainda, continuo me pedindo, me perguntando [...]: - Por que aconteceu comigo? Fiquei me perguntando o que tinha de errado [...] Então tu fica sempre com aquela dúvida (TE 2).

Essa perda é um fenômeno delicado e complexo, por constituir-se da sobreposição de duas experiências de natureza semelhante: uma diz respeito à morte em si e a outra é inerente à quebra das expectativas relativas à gestação, que é vista como sinônimo de vida e, por extensão, nada tem a ver com a perda concreta e finita. Quando ocorre a perda gestacional as expectativas criadas são rompidas, deixando marcas profundas e traumáticas nos pais e pessoas do entorno. Além disso, é frequente a mulher buscar explicações ou fatos que aconteceram durante a gestação para justificar o momento em que se encontram<sup>(2)</sup>.

Diante da notícia da perda, as reações apresentadas pelas mulheres que a vivenciam, conforme a visão dos sujeitos do estudo e a própria literatura específica, correspondem a uma trajetória de sofrimento e dor, que se traduz pelos sentimentos de tristeza, frustração, incapacidade e culpa<sup>(10)</sup>.

Eu também tive um aborto e acho que, quando eu perdi, me senti muito frustrada, parece que a gente se sente incapaz (TE 1).

A despeito do reconhecimento dos inúmeros sentimentos que emergem diante da perda gestacional, os sujeitos referem que a manifestação e/ou a intensidades desses sentimentos dependem das expectativas em relação à gestação. Se for desejada, as mulheres expressam sentimentos de forma intensa e têm dificuldades diante da condição de perda; por outro lado, os profissionais referem que, em situações de uma gestação não planejada, esses sentimentos não têm relevância para as mulheres e/ou famílias, o que facilita a superação da perda.

Acho que pra cada mulher é diferente a vivência. Tudo depende da aceitação da gravidez: se a mulher aceita, se ela queria aquela gestação, é bem difícil pra ela, pra família e pra gente enquanto profissional também, estar vivenciando junto com a família essa perda. Se a mulher não estava querendo essa gravidez, e se teve um aborto, já é outra situação (E 1).

Um estudo revela que abortamentos espontâneos e provocados são vivenciados de formas diferentes, embora sejam ambas as experiências exclusivamente femininas, íntimas, singulares e subjetivas. A forma como cada mulher experimenta tais situações pode ser remetida a outros eventos correlacionados a perdas que já tenham ocorrido em suas vidas. Num evento espontâneo há o fator inesperado, o da impotência ante o inusitado, que rompe a sensação de onipotência que a gestação deixa na mulher<sup>(7)</sup>.

Toda gestação tem uma dinâmica psíquica própria, traduzida pela ansiedade ou ambivalência diante de sua constatação. Esses conflitos são potencializados, em maior ou em menor grau, pelo fato de, embora não planejada, ser aceita ou rejeitada pela mulher. Assim, diante de toda a transformação trazida por uma gestação indesejada que culmine em abortamento, independentemente de este ter sido espontâneo ou provocado, importante será a atitude tomada pela equipe de saúde: uma assistência que dê conta não apenas dos cuidados com as estruturas fisiológicas, mas também de toda a alteração psíquica que esses eventos possam trazer, repercutindo na recuperação da mulher<sup>(7)</sup>.

Não cabe ao profissional de saúde julgar, independentemente de a perda ter sido induzida ou não. O importante é que os cuidados se norteiem por uma ética de valorização da expressão de sentimentos, verbais ou não, numa atitude de respeito, apoio e acolhimento ao modo particular de manifestação de cada sujeito/família enlutado, com vista à elaboração da perda e do luto. Tal postura vai ao encontro do modelo de cuidado centrado na família, no qual essas atitudes são consideradas essenciais para o atendimento de suas necessidades<sup>(11)</sup>.

### Práticas de cuidados à mulher e família enlutadas: o que pensam e que fazem os profissionais de ESF

No tocante à identificação das práticas de cuidado a serem desenvolvidas e das que já são adotadas pelos profissionais das equipes em estudo em relação à mulher e/ou família enlutadas pela perda gestacional, os dados apontam que, para iniciar esse cuidado, cabe ao profissional saber o momento adequado de aproximação, a fim proporcionar-lhes o apoio de que

necessitam; no entanto, por vezes os profissionais apresentam dificuldades nessa aproximação, em virtude, segundo eles, das reações relativas ao processo de luto que, para alguns, ainda está em elaboração. Essas reações têm associação com sentimentos de revolta, culpa e não aceitação do ocorrido, conforme assinalam os sujeitos estudados.

[...] acho que tem que ter paciência e esperar eles assimilarem, acalmarem, verem que não era culpa de ninguém. Mas foi triste [...] não tinha o que fazer, e ela tava muito "chorenta"! Então, essa orientação e esse acompanhamento de perto, que ela não aceitava, mas a gente tava ali (à disposição da mulher e família)! Tudo que a gente fala, na hora parece que é uma briga, uma ofensa [...] e ah... porque ela (a mãe enlutada) não vinha mais no posto, sabe? Aquela revolta dela! Mas daí, depois ela veio. (ACS 2).

Esse tempo de elaboração, singular a cada sujeito e família, foi reconhecido e valorizado pelos profissionais, que procuraram identificá-lo e respeitá-lo, a fim de definir o momento oportuno de se fazer presente junto à mulher e família enlutadas. Parece que essa preocupação se baseia no fato de que o processo de morte/morrer é algo que diz respeito ao âmbito privado, à intimidade dos enlutados, e por isso não pode ser invadido por pessoas estranhas ao núcleo familiar, mesmo que essas integrem equipes da ESF, a qual, pelo menos em tese, mantém estreita vinculação com esse núcleo.

Não obstante, a literatura aponta que uma das dificuldades das famílias é o estabelecimento de uma comunicação mais direta sobre um assunto difícil, pois a discussão a respeito da morte gera certa tensão entre seus membros. Nesta perspectiva, por mais privado que seja o evento da morte/morrer, uma pessoa que não esteja dentro do sistema familiar pode ajudar os indivíduos a conversarem entre si, na tentativa de promover uma reorganização da situação de perda para essas pessoas<sup>(12)</sup>. Daí a importância da atuação da equipe de Saúde da Família junto a essas mulheres/famílias, como facilitadora da elaboração do luto, na tentativa de amenizar a dor dessa experiência, que, em geral, desenvolve-se em clima de tristeza.

Assim, por seu caráter sistêmico, a família, embora seja o núcleo que presta cuidado, quando em situações de sofrimento precisa ser cuidada, demandando preparo e sensibilidade dos profissionais; mas observa-se que os integrantes de equipes da ESF têm certa dificuldade em oferecer espaço de expressão para os enlutados, pois, nesse cenário, após uma situação de

perda fetal, é solicitado que a mulher/mãe compareça à unidade de saúde para fazer exame preventivo de câncer do colo uterino, e não para conversar sobre o ocorrido.

[...] porque eu lembro que logo depois (da morte do bebê) a enfermeira tinha dito que eu era pra dizer pra ela (mãe enlutada) vir (à ESF), um tempo depois, vir fazer um preventivo, alguma coisa, para ver como ela estava [...](ACS 2).

Essa atitude, que num primeiro momento pode parecer uma falta de preocupação com os aspectos psicológicos dos enlutados, pode, na verdade, representar um processo de proteção dos profissionais de saúde, decorrente do próprio contexto sociocultural em que se inserem e dos paradigmas que fundamentam suas práticas, pois nas redes de sentidos e significados por eles mesmos tecidas há pouco espaço para a tristeza, a morte e o morrer.

Percebe-se que o contexto da modernidade exerce uma ação negativa sobre o psiquismo da mulher. Nesse contexto se lida com as questões relativas à morte evitando-se o contato com a angústia pela via da negação do sofrimento, incentivando-se a fantasia de superação da finitude por intermédio da tecnologia médica<sup>(13)</sup>.

Neste sentido, a visita domiciliária aparece como um das principais práticas de cuidado às mulheres e/ou famílias que vivenciam a perda gestacional. Essas visitas proporcionam aos profissionais maior aproximação com a família, o que permite um acompanhamento adequado e efetivo, baseado em escuta, aconselhamento e orientação. Por outro lado, os profissionais referem que, muitas vezes, as visitas não são realizadas com a periodicidade que eles consideram adequada para o oferecimento de assistência mais qualificada a essas mulheres.

É acompanhar, ficar mais de perto. Geralmente eu faço uma visita por mês. Às vezes eu não consigo todo mês, mas é, assim, eu ia mais seguido, no mês. Eu lembro que, nos primeiros dias eu fui três vezes. No primeiro mês eu acho que isso que a gente fez foi bem feito, sabe? [...], tu faz visita, tu vai com a equipe, se não pode ir toda equipe tu vai com o profissional que está, vai com a médica, aquela vez era a  $\beta$ , eu acho, daí ia com a  $\alpha$  {enfermeira}, acho, com a  $\Psi$  {psicóloga} também, pelo menos a  $\alpha$  tinha dito que iam ir. Acho, assim, se faz as visitas de aconselhamento, acompanhamento. Aí cuidaram dela no pós-parto. Acho que o que é feito, que eu me lembre, assim (ACS 2).

A visita domiciliária, quando planejada e realizada com um propósito estabelecido, é uma ação que

facilita a compreensão e o cuidado das famílias atendidas, pois propicia o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização. Enquanto ferramenta de assistência à saúde, objetiva orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que essas famílias atendidas tenham condições de se tornar autônomas no cuidado à sua saúde<sup>(14-16)</sup>. Diante do exposto pela literatura especializada e pelos sujeitos deste estudo, entende-se que as visitas domiciliares propiciam uma maior aproximação entre os profissionais e aqueles que necessitam de cuidados.

Outra prática de cuidado refere-se ao encaminhamento das mulheres enlutadas ao psicólogo, que no contexto estudado integra a equipe matricial com os mesmos propósitos da visita domiciliar:

Eu acho que seria necessário que todas, todas as mulheres que passam por isso deveriam ser encaminhadas pra um serviço de ajuda psicológica, mas nem todas são. [...] Eu acho que teria que ter um serviço de apoio psicológico maior, [...] mesmo que a paciente, às vezes, demonstre que está bem ou que está superando bem, eu acho que seria interessante todas elas passarem pelo serviço de apoio psicológico. Isso não é feito porque a gente não tem psicólogo, assim, disponível. Eu acho que deveria ser feito isso, que é o que não é feito, porque assistência médica, assim, é tranquila (M 2).

A posição dos profissionais estudados encontra respaldo em estudos no campo do luto e em órgãos ministeriais que lançam políticas assistenciais pautadas pela humanização e integralidade da assistência. É reconhecido que o sofrimento persistente e grave requer referência para um aconselhamento psicológico, e que seu tratamento deve se fundamentar nas necessidades das mulheres e famílias que vivenciam o luto<sup>(7,12-15,17)</sup>.

Além da elaboração da perda, o suporte psicológico oferecido pela equipe da ESF é importante para expectativas associadas à vida que segue e até mesmo para o planejamento de uma nova gestação; entretanto, mesmo reconhecendo a importância desse suporte e da escuta como práticas de cuidado para a elaboração da perda gestacional, os profissionais mencionam que nesses casos “não há muito que ser feito”, por se tratar de uma situação delicada para a qual, muitas vezes, também eles não estão preparados. Essa concepção de que não há muito a ser feito parece ser fruto da impotência diante da perda consumada e, também, de uma tendência de medicalização do sofrimento, em que tecnologias leves, como a escuta, o apoio e a atitude de ficar junto são pouco valorizadas e

até questionadas e esvaziadas de sentido ante a hipervalorização de verdades cartesianas atreladas ao modelo biomédico de saúde.

Mostrar que a equipe está se importando, está vendo a situação, está ouvindo, que isso é a melhor coisa, nesse momento. Depois, é tu ouvir, não é? O paciente, escutar, não tem muito que se fazer (TE 2).

Um estudo sobre as percepções das mulheres em situação de abortamento relativas aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem revela que o apoio nesse momento é imprescindível, apontando para a necessidade de reconhecimento do momento pelo qual as mulheres estão passando. Esse apoio implica saber compartilhar, estar junto naquele momento<sup>(8)</sup>.

Por outro lado, destaca-se que as práticas de cuidado implementadas pelos profissionais não se restringem à mulher, o que é corroborado por estudos de natureza semelhante à deste<sup>(18,19)</sup>. O apoio é direcionado para a família que vivencia tal experiência, pois, ao contrário do que muitos imaginam, a perda de um bebê, mesmo antes de seu nascimento, gera sentimentos de tristeza e revolta em toda a família, que já vive essa espera.

[...] Elas, assim, desabafaram, elas choraram, fica o emocional abalado. Daí uma delas... a menina (referindo-se à filha mais velha da mulher que sofreu a perda) não se conforma até hoje, que ela queria muito um irmãozinho, só que a mãe já tem quarenta anos, aí já fica complicado. [...] A gente ofertou apoio [...], a gente conversa bastante, a gente orienta. [...] Em um caso assim ela mora junto com os pais dela, aí para a avó, principalmente, ela ficou bem abalada, aí a gente deu bastante apoio emocional para eles (ACS 1).

Para poder dar o suporte à mulher que passa pela perda o familiar também precisa ser acolhido e cuidado pelo profissional que os acompanha; contudo, a despeito do caráter sistêmico da família, os dados permitem identificar a concepção de muitas pessoas, inclusive dos profissionais de saúde, de que o sofrimento maior é vivenciado pela mãe, e isto faz que o atendimento se centralize mais nela, deixando a família em segundo plano.

Às vezes está acontecendo assim, aí a equipe já me passa: “Vai ver lá o que está acontecendo”, e a gente passa também pra eles {para os outros profissionais da equipe}. [...] A mãe, geralmente é a mãe, a gente sabe que o sofrimento maior é da mãe (ACS 3).

A morte tem um significado diferente para cada um dos componentes da família e também em cada

uma das fases do ciclo de vida da família. Talvez esse seja um dos motivos pelos quais os profissionais de equipes da ESF, quando prestam assistência à família enlutada, tal como foi apreendido no presente estudo, atentam mais para a mulher que sofreu a perda.

Por outro lado, vale lembrar que o impacto da perda na família pode gerar uma crise, visto que seus membros necessitam continuar desempenhando seus papéis, tendo que lidar com o luto dos demais membros da família e com as reações do luto individual. Essa crise deverá ser superada para que se possa reorganizar o sistema familiar, o que implica a construção de uma nova identidade<sup>(19)</sup>. Assim, a equipe da ESF necessita estar ao lado da família enlutada, ajudando-a na construção de tal reorganização.

Um estudo indica que os parceiros que vivenciam a perda junto com suas mulheres desejam ampará-las e oferecer-lhes suporte para superar o sofrimento causado pelo abortamento, e o fato de nem sempre estarem preparados para dar-lhes o devido apoio, por também sofrerem com a situação, não os impede de oferecer apoio no compartilhamento da experiência<sup>(18)</sup>. Essa condição reforça a necessidade de assistência à família - afinal, se a essa cabe o cuidado da mãe enlutada, quem cuida da família?

A sensibilidade dos profissionais para com esses aspectos e a disponibilidade de suporte à mulher, ao cônjuge e seus familiares são fundamentais na elaboração da dor da perda e de todo o processo de cuidar<sup>(18,19)</sup>. Considera-se, assim, que as práticas de cuidado que permitem a expressão das demandas nos âmbitos físico, emocional e espiritual são significativas para a satisfação das necessidades das pessoas com base em sua própria ótica.

Os achados do presente estudo permitem perceber que a assistência à mulher e/ou à família depende do vínculo que estas têm com a equipe de saúde da ESF. O vínculo facilita a aproximação entre família e equipe, possibilitando o conhecimento das necessidades e carências resultantes da perda e, assim, a prestação do cuidado adequado a essas pessoas, o que representa qualificação da assistência.

A gente faz uma visita domiciliar. [...] Depende do vínculo que a equipe tem com essa paciente. Se é uma paciente que nunca vem no posto, que não tem vínculo nenhum, a gente não atua com essa paciente, mas se é uma paciente que tem vínculo com o posto, que tava vindo aqui, fazendo o pré-natal aqui, a gente faz, com o médico, com a enfermeira, faz uma visita e procura dar apoio, ver se tá tudo bem com ela, se ela precisa de alguma

ajuda da equipe e mais pra dizer que a gente tá aqui pra dar o suporte que ela precisa (E 1).

Por conta desse vínculo, os profissionais revelam que se envolvem emocionalmente com as famílias em situação de luto por perda gestacional, o que é importante para o desenvolvimento de empatia, que, em consequência, contribui também para a produção de práticas assistenciais qualificadas:

[...] Você acaba tendo aquele contato próximo, você tem aquele carinho até, e a gente se apega muito às pessoas. E uma coisa assim... bem importante, a gente tem que se colocar no lugar do outro, não é porque a gente tá aqui atendendo que a gente tem, tipo “ah, eu tô lá pra atender, eu tenho que atender, é o meu dever”, mas a gente também tem que sempre se colocar um pouquinho no lugar do outro, ver o sofrimento, analisar bem a fundo. Isso ajuda a prestar o atendimento que as pessoas precisam (E 2).

O vínculo da equipe com os usuários da ESF amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação no processo de cuidado, o que representa uma produção de corresponsabilidade pela saúde. Significa que, por meio da produção de vínculo entre a equipe e os sujeitos/famílias, há o reconhecimento de que os usuários são atores sociais que falam, julgam e desejam e, por isso, têm importante papel na democratização das práticas assistenciais de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos achados deste estudo apreende-se que os profissionais da ESF estudados identificam os sentimentos gerados na mulher e/ou família que sofrem com a perda gestacional, tais como revolta, fracasso, tristeza e culpa. Ainda, reconhecem essa condição como uma situação de difícil superação, refletindo-se, diretamente, na aceitação e elaboração adequada do luto. Essa identificação e reconhecimento contribuem na produção de estratégias de abordagem à mulher/família, a exemplo de identificar o momento propício para aproximação e abordagem do evento, utilizar recursos relacionados a aconselhamento, encaminhamento e suporte psicológico, discutir acerca de nova gestação e compartilhar empaticamente os sentimentos advindos da experiência.

A escuta constitui-se em importante ferramenta de atendimento às mulheres, e às vezes à família, possibilitando a expressão de sentimentos relativos ao processo do luto e ajudando a amenizar o

sofrimento causado pela perda e pela quebra de expectativas ocasionadas com a morte do bebê. No oferecimento de escuta, destaca-se a visita domiciliar sistemática que, na perspectiva dos estudados, constitui-se em expediente com potencial para aproximação com os usuários da ESF, o que é necessário para auxiliar na elaboração do luto e na reestruturação da dinâmica familiar.

Por fim, considera-se que outros estudos, cujos sujeitos sejam as famílias enlutadas, poderão ampliar na compreensão do quanto já foi trilhado e do que há de se percorrer para que a assistência, no âmbito da ESF, realmente abranja a família nuclear e extensiva, bem como todo o ciclo de vida familiar e para que sujeitos e famílias tenham a possibilidade de co-responsabilizar-se pela gestão dos cuidados a eles empreendidos.

---

## ASSISTANCE IN A MISCARRIAGE PROCESS: PERCEPTIONS OF FAMILY HEALTH PROFESSIONALS

### ABSTRACT

This is a qualitative and descriptive study, which aims to identify the main assistance practices developed by professionals from Family Health Strategy Program, in a city in the northwest of Rio Grande do Sul State, Brazil, carried out with women and families who experience a miscarriage. Twelve professionals were part of the study, through semi structured interview. Data were analyzed following thematic analysis. In the present essay, two themes are presented. In the first one, perceptions related to the experience of a pregnancy loss emerge, in the point of view of the professionals that participate in the study. In the second one, the focus is the care practices adopted by these teams when assisting these women and families. Miscarriage can be described as a course of suffering and pain, expressed by the feelings of sadness, frustration, incapacity and guilt. In view of that, the health professionals must adopt practices emphasizing listening, home visits, allowing grieving to the entire family.

**Keywords:** Fetal Death. Family Health. Health Personnel. Nursing.

---

## PRÁCTICAS ASISTENCIALES EN LA PÉRDIDA GESTACIONAL: VOCES DE LOS PROFESIONALES EN SALUD DE LA FAMILIA

### RESUMEN

El presente estudio, descriptivo y de abordaje cualitativo tuvo el objetivo de identificar las percepciones de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia, de un municipio del Noroeste del Estado del Rio Grande do Sul, sobre la pérdida gestacional y las prácticas asistenciales desarrolladas por esos profesionales junto a mujeres y familias que viven este tipo de pérdida. Participaron doce profesionales, por medio de entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados por el análisis temático. Fueron presentados dos temas, el primero trae las percepciones relativas a la experiencia de una pérdida gestacional, en la visión de los profesionales participantes de la investigación; en el segundo, se discurre sobre las prácticas de cuidado adoptadas por estos equipos junto a estas mujeres y familias. La pérdida gestacional se constituye en una trayectoria de sufrimiento y dolor, que se traduce por los sentimientos de tristeza, frustración, incapacidad y culpa, independientemente del deseo de la gestación. Con ello, se buscan prácticas asistenciales que privilegien la escucha, a ejemplo de la visita domiciliar, posibilitando la elaboración del luto de toda la familia, con mayor énfasis en la mujer enlutada.

**Palabras clave:** Muerte Fetal. Salud de la Familia. Personal de Salud. Enfermería.

---

## REFERÊNCIAS

1. Piccinini CA, Gomes AG, De Nardi T, Lopes RS. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol estud*. 2008; 13(1): 63-72. [Acesso em: 24 jun. 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>>.
2. Ampese D, Perosa G, Haas RE. A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto. *Bioethikos*. 2007 jan; 1(2):70-77. [Acesso em 15 out 2010]. Disponível em: <[http://www.scamillo.edu.br/pdf/bioethikos/57/A\\_influencia\\_da\\_atuacao\\_da\\_enfermagem.pdf](http://www.scamillo.edu.br/pdf/bioethikos/57/A_influencia_da_atuacao_da_enfermagem.pdf)>.
3. Duarte CAM, Turato ER. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicol estud*. 2009, 14(3): 485-490. [acesso em 24 jun 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a09.pdf>>.
4. Rodrigues MMC. A experiência da mãe por ter um filho natimorto. 2009. [dissertação]. Universidade de São Paulo, Escolar de Enfermagem; 2009. 82p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília(DF); 1997. [acesso em 22 jun. 2010]. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Humaniza SUS. Brasília(DF); 2004. [acesso em 22 jun 2010]. Disponível em: <[http://www.sau.gov.br/resources/humanizacao/docs/artilha\\_acolhimento.pdf](http://www.sau.gov.br/resources/humanizacao/docs/artilha_acolhimento.pdf)>.

7. Bertolani GBM, Oliveira EM. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. *Saude soc.* 2010; 19(2):286-301. [acesso em 15 out 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/06.pdf>>.
8. Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. *Rev Latino-Am Enfermagem* [online]. 2007; 15(1):20-26. [acesso em 24 jun 2012] Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100004&script=sci_arttext&tlng=pt)>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lucia MCS, Zugaib. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(3):322-327. [acesso em 24 jun 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a27.pdf>>.
11. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol.* 2011 Feb; 35(1):20-28.
12. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
13. Iaconelli V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev latinoam psicopatol fundam* [online]. 2007; 10(4):614-623. [acesso em 26 out. 2010]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=pt&nrm=iso)>.
14. Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde soc.* 2010, 19(3): 605-13. [acesso em 24 out. 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/12.pdf>>.
15. Assunção AT, Tocci HA. Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Rev Enferm UNISA.* 2003; 4(5): 05-12. [acesso em 18 out. 2010]. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-01.pdf>>.
16. Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. *Cienc Cuid Saude.* 2010, 9(3):569-576. [acesso em 24 jun. 2010]. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6856/6633>>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica Brasília(DF); 2010. [acesso em 26 out. 2010]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>.
18. Rodrigues MML, Hoga LAK. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. *Rev esc enferm USP.* 2005; 39(3):258-267.[acesso em 26 out 2010]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/03.pdf>>.
19. Bromberg MHPF. A psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas(SP): Editorial Psy; 1997.

---

**Endereço para correspondência:** Camila Amthauer. Rua Angelo Strapazon, 310, Centro, CEP 98700-000 Ijuí. Rio Grande do Sul.

**Data de recebimento:** 25/10/2011

**Data de aprovação:** 16/07/2012