



A ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE PERDA FETAL E ABORTO: REVISÃO INTEGRATIVA

NURSING CARE FOR WOMEN WITH FETAL LOSS AND ABORTION: INTEGRATIVE REVIEW

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A MUJERES EN SITUACIÓN DE PÉRDIDA FETAL Y ABORTO: REVISIÓN INTEGRADORA

Bruna Menezes Mincov ¹, Márcia Helena de Souza Freire², Suellen da Rocha Lage Moraes³

RESUMO

Objetivo: Analisar a inserção da enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal e aborto nos diferentes níveis de atenção à saúde. **Método:** Revisão integrativa da literatura publicada entre 2015 e 2020 por meio de busca nas bases de dados Pubmed, Medline, CINAHL, LILACS, BVS, Embase e Web of Science e com descritores estabelecidos pelos MeSH e DeCS. **Resultados:** Foram selecionados 13 artigos de origem nacional (15,3%) e internacional (84,7%) nos idiomas português e inglês. Os principais resultados reportam que o cuidado integral e humanizado em situações de perda fetal envolve as seguintes etapas: o acolhimento; as orientações; e o esclarecimento de possíveis dúvidas. Afirma-se que o impacto emocional decorrente da perda afeta a mãe, familiares e o profissional de enfermagem. **Conclusão:** A revisão evidencia que a prática assistencial da enfermagem em situações de perda fetal e aborto representa uma experiência complexa, contudo, gratificante por oportunizar um espaço de humanização do cuidado com ênfase no sofrimento psíquico da mulher e companheiro. Apontam-se

como eixos fortalecedores da qualidade desta assistência a capacitação profissional, o desenvolvimento de estudos e diretrizes sobre a prática assistencial.

Descritores: Morte Fetal; Aborto; Saúde da Mulher; Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the insertion of nursing in the assistance to women in situations of fetal loss and abortion in the different levels of health care. **Método:** Integrative review of literature published between 2015 and 2020 by searching Pubmed, Medline, CINAHL, LILACS, BVS, Embase and Web of Science databases and with descriptors established by MeSH and DeCS. **Resultados:** Thirteen articles were selected from national (15.3%) and international (84.7%) origins in Portuguese and English. The main results reported that integral and humanized care in situations of fetal loss involves the following stages: welcoming, guidance, and clarification of possible doubts. It is stated that the emotional impact resulting from the loss affects the mother, family members and the nursing professional. **Conclusion:** The review shows that the practice of nursing care in situations of fetal loss and abortion represents a complex experience, however, rewarding for providing an opportunity for humanization of care with emphasis on the psychological suffering of the woman and her companion. Professional training, the development of studies and guidelines on care practice are pointed out as strengthening axes for the quality of this assistance.

Descriptors: Fetal Death; Abortion; Women's Health; Obstetric Nursing; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la inserción de la enfermería en la asistencia a las mujeres en situación de pérdida fetal y aborto en los diferentes niveles de atención sanitaria. **Método:** Revisión integradora de la literatura publicada entre 2015 y 2020 mediante búsqueda en las bases de datos Pubmed, Medline, CINAHL, LILACS, BVS, Embase y Web of Science y con los descriptores establecidos por MeSH y DeCS. **Resultados:** Se seleccionaron 13 artículos de origen nacional (15,3%) e internacional (84,7%) en

portugués e inglês. Los principales resultados indican que el cuidado integral y humanizado en las situaciones de pérdida fetal incluye las siguientes etapas: el acolchado, las orientaciones y la aclaración de las posibles dudas. Se afirma que el impacto emocional resultante de la pérdida afecta a la madre, a los familiares y a los profesionales de la enfermería. **Conclusión:** La revisión evidencia que la práctica asistencial de la enfermería en situaciones de pérdida fetal y aborto representa una experiencia compleja, sin embargo, gratificante por oportunizar un espacio de humanización del cuidado con énfasis en el sufrimiento psíquico de la mujer y el acompañante. La formación profesional, el desarrollo de estudios y directrices sobre la práctica asistencial se señalan como ejes de refuerzo para la calidad de esta asistencia.

Descriptor: Muerte Fetal; Aborto; Salud de la Mujer; Enfermería Obstétrica Atención de Enfermería.

¹Universidade Federal do Paraná, Curso de Graduação em Enfermagem (DENF/UFPR). Curitiba, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4454-3579>

²Professora Associada da Graduação e Pós-graduação do DENF/UFPR, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3941-3673>

³Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2468-9784>.

Como citar este artigo

Mincov BM, Freire MHS, Moraes SRL. A enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal e aborto: Revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. 2022;16:e253023 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.253023>

INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério representam períodos especiais para a mulher/mãe, seu companheiro e/ou as pessoas mais próximas. Mesmo sendo prevalente a evolução gestacional sem intercorrências, podem ocorrer alterações no desfecho fisiológico do processo, aumentando a probabilidade da incidência das complicações materno-fetais como o abortamento, e o risco de morbimortalidade materna e fetal. ¹

A perda fetal, de acordo com a 11.^a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) e a

Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como “morte intrauterina súbita de um feto em qualquer momento da gravidez. Caso a morte ocorra na última metade da gravidez, também pode ser chamada de natimorto”. Já o abortamento é definido como um “grupo de condições caracterizadas por uma gravidez que não resulta em descendentes vivos”. Ainda, no caso do abortamento espontâneo, o mesmo pode ser classificado como a interrupção da gravidez a partir da 20.^a ou 22.^a semana de gestação e/ou o feto com menor peso que 500g e/ou estatura menor que 25 centímetros.^{2,3}

Neste sentido, a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) representa um indicador da qualidade da assistência de saúde prestada durante a gestação e o trabalho de parto, e é expressa pelo número de óbitos fetais por mil nascimentos totais em determinada população e região. Entre 2000 e 2015, a TMF mundial decresceu, passando de 24,7 a 18,4 óbitos fetais por mil nascimentos, representando uma redução de 25,5%. No Brasil, a taxa se apresenta mais estável desde 2000 com variação entre 4,9 e 5,8 por mil nascimentos até 2016.^{4,5}

O abortamento é uma das causas obstétricas que pode levar à mortalidade materna e apresenta uma ocorrência em um quantitativo relevante. Segundo a OMS, entre 2010 e 2014 ocorreram aproximadamente 55 milhões de abortos no mundo e, destes, 45% foram considerados inseguros com predomínio, na África, Ásia e América Latina. No Brasil, entre 2006 e 2015, ocorreram 770 óbitos por aborto, sendo 115 (14,9%) decorrentes de abortos espontâneos conforme definição do CID10.⁶

Apontam-se, no cenário apresentado como principais causas associadas à perda fetal e ao abortamento, as doenças infecciosas maternas como a sífilis e toxoplasmose; os distúrbios hormonais como o diabetes gestacional e o hipotireodismo; as síndromes hipertensivas como a pré-eclâmpsia e eclâmpsia; além dos hábitos individuais das mulheres como o tabagismo e o etilismo. Contudo, uma perda ou abortamento podem ser também decorrentes das anomalias congênitas, complicações durante o trabalho de parto e/ou placentárias, e da restrição do crescimento fetal.^{7,8}

Parte-se do princípio de que a maioria das intercorrências obstétricas apresentadas por uma mulher é passível de reconhecimento na esfera da assistência de saúde, sobretudo, no pré-natal. Assim, a assistência qualificada poderá contribuir significativamente para a redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil, considerando-se que há maior chance de promoção de um

processo gestacional seguro mediante as detecções precoces das alterações na saúde materna e fetal. ^{1,8,9}

Contudo, entende-se que a despeito de uma assistência pré-natal qualificada, integral e humanizada pode ocorrer a perda fetal. Ante o fato, espera-se da equipe de saúde, o diálogo sem pré-julgamentos com a mulher, parceiro e família com demonstração de empatia e respeito e atitude de extrema importância para apoio na compreensão do fato. ^{1,8,9}

Sob esta ótica, uma equipe de saúde que sobretudo atenda o pré-natal ou os serviços hospitalares obstétricos deve estar orientada para a compreensão dos sentimentos da mulher e da sua família, realização da assistência individualizada mediante um plano de cuidado específico com enfoque nas orientações clínicas, na reestruturação psicológica e, em relação ao futuro, em um novo planejamento reprodutivo.

Todavia, autores apontam que os profissionais da saúde, ainda se apresentam despreparados em face da abordagem em situação de perda fetal e aborto e, no enfrentamento do luto. Fazendo-se mister o processo continuado de capacitação do profissional. ^{3,10}

Quanto à assistência, destacam-se as enfermeiras devido ao tempo e à frequência do contato direto que têm com os pacientes, o que faz com que estas se tornem profissionais fundamentais para a melhoria da qualidade do atendimento. Observa-se, outrossim, que os estudos e as produções científicas relacionadas à assistência integral e de qualidade à mulher em situação de perda fetal são escassos e, insuficientemente, discutidos durante o período de formação acadêmica. O que justifica a necessidade de sua abordagem e discussão, visando ao avanço na esfera do conhecimento teórico e prático sobre as possíveis maneiras de se planejar este cuidado. ^{3,9,10}

Coerentemente com o exposto, foi estruturada a questão norteadora do presente estudo com base na estratégia PICO: **P**(população) - Mulheres em situação de perda fetal ou aborto; **I**(intervenção) - Práticas assistenciais de enfermagem; **Co**(contexto) - todos os níveis de atenção, a saber: *Como se apresenta a produção científica relativa à inserção da enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal ou aborto nos diferentes níveis de atenção à saúde?*

Assim, o objetivo foi analisar, por meio de produções científicas, como se apresenta a inserção da enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal e aborto nos diferentes níveis de atenção à saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter bibliográfico, na modalidade de revisão integrativa baseada no referencial metodológico de Whitemore e Knafl (2005) com o desenvolvimento de estratégias para assegurar o seu rigor, a saber: a identificação do problema estruturando um propósito claro e especificado para a revisão bem como as variáveis de revisão; a pesquisa na literatura, com estratégias de busca bem definidas; a pertinência do estudo com o estabelecimento dos critérios de seleção; a análise dos dados, realizada após a ordenação, codificação e categorização dos mesmos, aplicando-se a comparação e agrupamento de dados semelhantes com redução, formatação para exibição, comparação; e, desenho de conclusão.¹³

A busca foi realizada no período compreendido entre 10 de março de 2020 e 25 de abril de 2020. Para a estratégia de busca, que recebeu apoio de um bibliotecário, utilizaram-se os descritores estabelecidos pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) e pelo Descritor de Ciências da Saúde (DeCS): “aborto” (“abortion”); “Perda de Gravidez Precoce” (“Early Pregnancy Loss”); “Enfermeira (o)” (“Nurse”); “Relações Enfermeiro-Paciente” (“Nurse-Patient Relations”); e, “Perspectiva ou percepção” (“Perspective” or “Perception”), associados aos operadores booleanos OR e AND.

A seleção de dados foi realizada nas seguintes bases de dados: *US National Library of Medicine* (Pubmed); *SciVerse Scopus*; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde* (LILACS); *Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde* (BVS); *Excerpta Medica dataBASE* (Embase); e *Web of Science*.

Para a inclusão dos artigos, foram considerados os seguintes critérios: recorte temporal entre 2015 e 2020; em idioma inglês, português e espanhol; publicações científicas que abordassem as práticas assistenciais desenvolvidas pela enfermagem às mulheres em situação de perda fetal. Os critérios de exclusão foram: constarem como editoriais, resenhas, resumos, revisões, relatos de experiência, monografias ou

teses; não estar relacionado ao tema proposto e/ou à pergunta de pesquisa; e não estar disponível *online*, na íntegra.

Ainda, a fim de garantir a qualidade da revisão, o trabalho foi desenvolvido com base nas recomendações do *Guideline PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises - tradução livre) fundamentados no *checklist* estruturado, privilegiando as etapas e abordagens essenciais e relevantes para o desenvolvimento de uma revisão e, também o fluxograma, no qual são discriminados os elementos da metodologia de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das referências. ^{11,12, 27}

Foi desenvolvido o fluxograma do PRISMA (FIGURA 1), no qual são discriminados os elementos da metodologia de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das referências. ^{11,12 13}

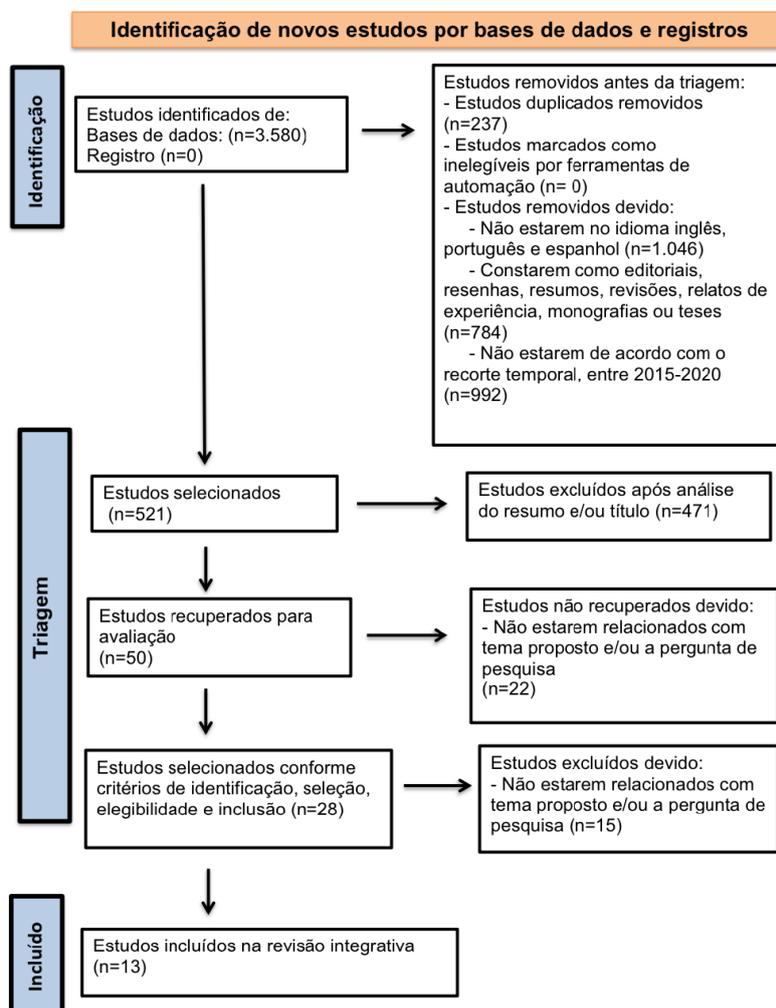


Figura 1: Fluxograma de identificação, seleção, inclusão e exclusão dos estudos da revisão integrativa segundo o *checklist* do PRISMA proposto por Page et al (2020) - Curitiba, PR, Brasil, 2021.

O processo de análise e seleção dos estudos na revisão integrativa foi realizado por meio das 3.580 publicações identificadas com base na pergunta de pesquisa e após serem excluídos os duplicados (237) pelas seguintes razões: não se apresentarem no idioma inglês, português e espanhol; constarem como editoriais, resenhas, resumos, revisões, relatos de experiência, monografias ou teses e não estarem de acordo com o recorte temporal entre 2015 e 2020. Mediante a leitura do título e do resumo foram excluídos 471 artigos, por não estarem de acordo com o tema proposto. Restando 50 artigos dos quais 22 não foram recuperados. Os 28 artigos restantes foram lidos na íntegra por dois revisores diferentes e, na vigência de divergência, um terceiro revisor foi consultado, 15 deles não atenderam plenamente aos critérios de inclusão, ao tema proposto e à pergunta de pesquisa. Assim, foram analisados 13 artigos.

Depois de realizada a leitura atenta e análise das 13 publicações, desenvolveu-se a categorização dos estudos com a coleta dos dados relevantes, organização das informações-chaves de acordo com as variáveis: título do artigo; base de dados; país, ano e língua de publicação; método de pesquisa; objetivo geral; os principais resultados; e, as principais recomendações. Sucedeu-se, por fim, a interpretação dos resultados obtidos mediante avaliação crítica dos dados, promovendo a discussão e síntese dos principais resultados e recomendações desta revisão integrativa.

RESULTADOS

Os estudos analisados (n=13) (TABELA 1) são de origem nacional (2) e internacional (11) em idioma inglês (11)^{14,15,17,18,19,21-26} e português (2)^{16,20}. Estes foram desenvolvidos nos seguintes países: África (3)^{14, 15, 25}; Austrália (2)^{18,21}; Estados Unidos (3)^{19,23,24}; Itália (1)²⁴; Canadá (1)¹⁷; Dinamarca (1)²⁶; e, Brasil (2)^{16,20}. Os anos das publicações foram: 2015 (4)^{16,20,23,26}; 2016 (3)^{15,17,19}; 2017 (1)²²;

2018 (1) ²¹; 2019 (1) ²⁴; e, 2020 (3) ^{14,18,25}. A base de dados com maior número de artigos selecionados foi Scopus (4) ^{14,18,25,21}, seguida da Pubmed e Medline (4)^{15,17,22,23}, BVS (3) ^{16,19,26}, LILACS (1) ²⁰ e CINHAL (1) ²¹..

Tabela 1: Publicações científicas segundo o número de ordem, título, país e ano de publicação, base de dados e método utilizado, Curitiba, PR, Brasil, 2021.

Ordem	Título	País/Ano de publicação	Base de Dados	Método
P14	<i>'I guess we have to treat them, but ... ': health care provider perspectives on management of women presenting with unsafe abortion in Botswana</i>	África, 2020	Scopus	Qualitativo/ Descritivo
P15	<i>Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana</i>	África, 2016	Pubmed/ Medline	Qualitativo/ Descritivo
P16	<i>Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem</i>	Brasil, 2015	BVS	Qualitativo/ Descritivo
P17	<i>Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage</i>	Canadá, 2016	Pubmed/ Medline	Qualitativo/ Descritivo
P18	<i>Caring for women through early pregnancy loss: Exploring nurses' experiences of care</i>	Austrália, 2020	Scopus	Qualitativo/ Descritivo
P19	<i>Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss</i>	EUA, 2016	BVS	Qualitativo/ Descritivo
P20	<i>Percepções da Enfermagem sobre Gestão e Cuidado no Abortamento: Estudo Qualitativo</i>	Brasil, 2015	LILACS	Qualitativo/ Descritivo
P21	<i>Bringing together the 'Threads of Care' in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs</i>	Austrália, 2018	Scopus	Qualitativo/ Descritivo
P22	<i>The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study</i>	Itália, 2017	Pubmed/ Medline	Qualitativo/ Descritivo
P23	<i>Calculus formation: nurses' decision-making in abortion-related care</i>	EUA, 2015	Pubmed/ Medline	Qualitativo/ Descritivo

P24	<i>Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss</i>	EUA, 2019	CINHAL	Qualitativo/ Descritivo
P25	<i>Resilience or detachment? Coping strategies among termination of pregnancy health care providers in two South African provinces</i>	África, 2020	Scopus	Qualitativo/ Descritivo
P26	<i>Deciding treatment for miscarriage – experiences of women and healthcare professionals</i>	Dinamarca, 2015	BVS	Qualitativo/ Descritivo

Os temas dos estudos, os quais podem ser observados mediante os objetivos que foram traçados (TABELA 2), atenderam à questão norteadora desta revisão integrativa e estão inseridos no leque da assistência às mulheres em situação de perda fetal ou aborto nos diferentes níveis de atenção à saúde. As abordagens são diversas dentre os estudos selecionados e podem ser organizados sob as seguintes perspectivas:

- **Legais:** legislação sobre o aborto e seu conhecimento pelos profissionais^{14,15,20};
- **Profissionais de enfermagem no cuidado às mulheres em abortamento ou perda fetal:** impacto emocional; estratégias de enfrentamento em face dos desafios; reflexão sobre o papel e experiências; influência dos valores morais e religiosos; cuidados humanizados com escuta ativa, empatia e respeito; falta de qualificação; a importância da comunicação estabelecida com a mulher e parceiro para oferta de informações, percepção e dificuldades apontadas pelo profissional relacionadas à assistência ao abortamento e orientações sobre o processo do abortamento e cuidados pós-alta^{14, 15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26};
- **Institucionais:** organização mais adequada e acolhedora do serviço; atendimento multiprofissional, holístico e humanizado;^{17,18,19,20,21,24,25,26}

Para possibilitar a convergência da abordagem ao tema, à categorização e aos principais resultados dos artigos, foram organizados, para a discussão, quatro pontos principais: 1. Conhecimento sobre o aborto; 2. Relevância das estratégias de cuidados que vençam os desafios assistenciais às mulheres em situação de perda fetal e aborto; 3. Mecanismos de enfrentamento das emoções que interferem na

assistência acolhedora; e, 4. Importância da educação e preparo profissional para assistência à perda fetal e aborto.

Tabela 2. Publicações científicas segundo o número de ordem, participantes, objetivo e principais resultados, conclusões e recomendações, Curitiba, PR, Brasil, 2021.

Ordem	Participantes	Objetivo	Principais Resultados	Principais Conclusões e Recomendações
P14	7 parteiras, 4 enf. gerais, 3 enf. anestesista 4 médicos	Explorar o conhecimento e as percepções dos profissionais da saúde em relação ao aborto inseguro.	As convicções religiosas, morais e a preocupação com a segurança das mulheres influenciam a qualidade da assistência de enfermagem. Há relato de falta de clareza sobre o papel legal destes profissionais na gestão do aborto inseguro.	Os profissionais, na sua maioria, têm conhecimento sobre aborto e legislação, porém, as crenças prejudicam a qualidade da assistência. Os profissionais com maior preparo técnico e emocional devem estar na linha de frente dos serviços de aborto.
P15	36 profissionais de saúde (obstetras, enf., parteiras, farmacêutico).	Explorar o conhecimento e percepções sobre a Lei e Política de aborto e barreiras em relação à prestação de serviços de aborto induzido.	Aponta a relevância do debate ampliado sobre a inserção na formação e, a disseminação adequada das diretrizes relacionadas ao aborto. Sugerindo que se possa, assim, qualificar a assistência e minimizar os efeitos do "estigma por associação".	O estigma social representa uma barreira na prestação de serviços de aborto. Para a promoção de uma visão menos estigmatizante, podem-se utilizar os debates e estudos mais amplos e, ainda, estabelecer diretrizes assistenciais.
P16	12 profissionais de enfermagem (enf. e técnicas em enf).	Conhecer a percepção de profissionais de enfermagem em relação à assistência ao abortamento induzido.	Para os profissionais de enfermagem, a assistência ocorre de forma mecanicista, centrada somente na dimensão médica. Não ocorre um cuidado humanizado pelo acolhimento e pela escuta ativa.	Capacitar os profissionais para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos específicos sobre o atendimento humanizado ao aborto induzido.

P17	174 profissionais de saúde (enf., parteiras e médicos).	Identificar as barreiras no atendimento ao aborto espontâneo.	Falta de confiança e conhecimento para oferecer suporte educativo sobre os cuidados em face do aborto espontâneo com a promoção de cuidados eficazes.	O processo educativo sobre o aborto espontâneo junto aos profissionais de saúde contribui para uma assistência livre de equívoco e estabelece a confiança para promover o cuidado efetivo.
P18	25 enfermeiras	Explorar as experiências e os desafios de profissionais de enfermagem que prestam cuidado em situação de perda fetal e suas percepções de como a instituição de saúde poderia apoiá-los.	As enfermeiras descreveram que a assistência engloba o cuidado físico, emocional compassivo, o fornecimento de informações e avaliação individualizada acerca das necessidades da mulher. Para elas, o desafio do trabalho está relacionado ao impacto emocional, além do ambiente inadequado e tempo insuficiente para fornecer o cuidado adequado.	Os profissionais de enfermagem precisam ser apoiados pelas instituições de saúde, através da capacitação contínua e a possibilidade de troca de experiências com outros profissionais, para o atendimento às necessidades físicas e emocionais dessas mulheres, sem que haja prejuízo para si mesmos.
P19	24 profissionais da enfermagem	Examinar as experiências, o significado e as consequências pessoais aos profissionais que cuidam de mulheres após a perda fetal.	O cuidado de enfermagem referente aos aspectos físicos, mentais, emocionais e espirituais das mulheres resulta em sentimentos positivos e negativos ao profissional de enfermagem. A oferta do apoio nesse momento difícil é um privilégio e satisfatório, porém, pode ocasionar uma fadiga e sobrecarga emocional e,	Os sentimentos negativos, tais como a fadiga da compaixão refletem diretamente na qualidade prática de enfermagem assim como no emocional dos profissionais. É necessário identificar estratégias para auxiliar as enfermeiras na manutenção do melhor

em alguns casos, a sensação de incompetência, exaustão e desejo de evitar o atendimento.

cuidado, com proteção ao aspecto emocional das mesmas

P20

19 profissionais de enfermagem (7 enf. e 12 técnicos de enfermagem).

Descrever o processo de gestão e realização do cuidado às mulheres hospitalizadas.

Os profissionais de enfermagem possuem uma visão ambivalente sobre a assistência ao abortamento. Para alguns, a visão discriminatória resulta em um cuidado focado na parte clínica e não há uma interação de qualidade com as mulheres e com o acolhimento. Outros, já reconhecem a essencialidade de um cuidado integral e holístico, independentemente da etiologia do aborto.

É importante que haja articulação das percepções, sentimentos e o comportamento ético dos profissionais com as ações de planejar, gerenciar e cuidar. Para isso, faz-se necessária a manutenção de processos de capacitação, promovendo a confiança e preparo profissional para o cuidado.

P21

6 profissionais de enfermagem.

Explorar as experiências de mulheres e parceiros em situação de aborto espontâneo, e dos profissionais de enfermagem da assistência.

O ambiente do departamento de emergência é inadequado para oferecer os cuidados necessários às mulheres e seus parceiros, devido à alta rotatividade e um cenário dinâmico e exigente com recursos físicos e humanos limitados. Os parceiros relatam que as atitudes da equipe de enfermagem são impessoais e frias com uso de terminologias clínicas de difícil

Há necessidade das políticas educativa para o aprimoramento dos cuidados prestados pela enfermagem às mulheres e seus parceiros em situação de possível aborto espontâneo.

			compreensão, além da falta de empatia e inclusão no cuidado profissional.	
P22	22 enfermeiras e 2 parteiras	Descrever as experiências das enfermeiras que trabalham no serviço atendendo ao aborto, e as estratégias utilizadas durante a assistência.	Auxiliar no processo de abortamento é um procedimento complexo para enfermeiras e parteiras. A assistência é realizada com foco na parte clínica, e há dificuldade de obter informações sobre o histórico médico e farmacológico das pacientes devido à insuficiente articulação entre a atenção primária e a terciária.	É necessário treinamento para que se evite a assistência "mecânica", privilegiando a atenção humanizada. Outras estratégias sugeridas são a colaboração entre setores primários e terciários, formação contínua e a colaboração entre a equipe multidisciplinar.
P23	25 profissionais de enfermagem.	Compreender as perspectivas e valores conflitantes na prestação da assistência ao aborto.	Enfermeiras descreveram a assistência à perda fetal como desafiante, especialmente, devido ao impacto emocional e às reações emocionais como ansiedade, tristeza, pesar e medo. As crenças e os valores morais e religiosos influenciam a qualidade do cuidado e a sua concordância com os desejos da paciente.	É significativo o desenvolvimento de exercícios de simulação, nos quais é criado um espaço neutro para possibilitar que os profissionais de enfermagem explorem questões éticas desafiadoras e compartilhem suas visões e crenças.
P24	9 enfermeiras obstétricas	Descrever a experiência da assistência na perspectiva da	Os participantes demonstraram os desafios e as dificuldades de lidar com o impacto emocional. Apontando a necessidade de maior preparo e conhecimentos para a prestação da assistência.	Exercícios, simulações e rodas de conversas com outros profissionais representam um ambiente neutro para que os enfermeiros

	enfermagem e sua influência na vida profissional e pessoal.		possam compartilhar a experiência, desafios e visões conflitantes sobre o trabalho.	
P25	30 profissionais da enfermagem	Avaliar a experiência e os significados da assistência ao aborto e às estratégias de enfrentamento das emoções.	A assistência exerce um grande impacto emocional na vida dos profissionais de enfermagem que realizam os cuidados. Os enfermeiros obtêm força para manejar a situação que provém de meios, tais como a fé, o apoio de outros profissionais de saúde e de suas famílias, e a despersonalização da situação. Por medo de serem julgados e estigmatizados, os profissionais encontram dificuldades de compartilhar sua experiência com outros.	Para possibilitar a oferta de apoio e bem-estar aos profissionais, é preciso criar estratégias para promover o desenvolvimento de programas eficazes, que permitam o compartilhamento de suas experiências e práticas nas unidades.
P26	5 profissionais de saúde (enfermeiras e médicos).	Explorar o processo de escolha de diferentes tratamentos no aborto anterior a 13 semanas de gestação, e suas implicações para os profissionais de saúde.	O estado emocional das mulheres interfere na capacidade de processar e compreender as informações fornecidas em relação aos tratamentos para o aborto. A forma como o profissional de saúde realiza o aconselhamento sobre os prós e contras de cada tratamento também influencia a escolha.	É necessária a oferta de informações suficientes no aconselhamento com os prós e contras dos tratamentos. A assistência de qualidade deve ter como foco as necessidades de cada mulher assistida.

DISCUSSÃO

Conhecimento sobre o aborto

O abortamento induzido representa um risco para a saúde da mulher, principalmente, se realizado por profissionais de saúde não qualificados, resultando em complicações graves e no aumento da morbimortalidade materna. Além de envolver preceitos éticos, morais e religiosos, os quais podem preceder visões negativas sobre o aborto e sua legislação, impactando na qualidade da prática assistencial.^{14, 15}

A falta de uma política clara sobre o aborto, também pode influenciar a assistência. No país de Gana, na África do Sul, os profissionais se sentem confusos em relação ao seu papel no cuidado no aborto, mesmo sendo legalizado. Há expressiva interferência do estigma social, baixa qualidade do setor público de saúde, além de pouco preparo e conhecimento para realizar os procedimentos. As lacunas e as interferências na lei resultam em interpretações ambíguas sobre o aborto e muitos consideram o procedimento ilegal e repreensível. A disseminação de diretrizes e, ainda, do apoio institucional são ações para a redução dos efeitos do estigma e oferta de uma assistência segura sem caráter discriminatório e punitivo.¹⁵

Assim como ocorre em Gana, na África Ocidental, os preceitos religiosos e morais, no Brasil, possuem uma forte influência no cuidado no aborto induzido. Percebe-se que, ocasionalmente, as políticas de saúde e a assistência se distanciam dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a integralidade, universalidade e equidade, e não consideram as características e as circunstâncias socioeconômicas de cada mulher assim como os seus direitos humanos reprodutivos.

^{15, 16}

Devido à falta de informações coerentes e claras sobre o aborto, as mulheres não sabem quais serviços deveriam procurar para a realização de um aborto seguro, pois quando chegam ao serviço de saúde sentem medo e/ou timidez. Não raras as vezes, são tratadas e classificadas como egoístas, irresponsáveis e promíscuas, pelo fato de o aborto ser considerado um tabu e um ato vergonhoso e, assim, recorrem aos abortos clandestinos. Para alguns enfermeiros, a oportuna e correta orientação a ser dirigida à mulher, valendo-se de adequada comunicação e

aconselhamento sobre o acesso ao aborto seguro e anticoncepção pós-aborto será de grande valia para a prevenção do aumento da mortalidade materna e promoção eficaz da educação dessas mulheres. ^{14, 15}

Relevância das estratégias de cuidados em face dos desafios assistenciais às mulheres em situação de perda fetal e aborto

A prática assistencial em situação de perda fetal e aborto, por parte do profissional de enfermagem, envolve o cuidado integral e holístico abrangendo os aspectos físico, mental, emocional e espiritual com a avaliação individualizada e a oferta de informações corretas. Porém, esse processo pode representar uma experiência complexa para a equipe de enfermagem. ^{18, 19}

Em determinados casos, profissionais consideram que a assistência ocorre mecanicamente, centrado somente na dimensão médica. Assim, para que seja realizado de maneira humanizada, deve-se praticar o acolhimento e o processo educativo, no qual ela e sua família são o centro do plano de cuidado e merecem ser informados acerca de todos os passos e procedimentos a serem realizados. A comunicação terapêutica, de forma clara e objetiva, por meio da escuta ativa e sem pré-julgamentos ou comentários que minimizem as emoções da mulher e seus familiares é essencial para identificar as necessidades e os anseios bem como para que seja desenvolvido um serviço de qualidade, o qual ultrapassa a prática habitual. ^{16,18,20}

O principal desafio identificado nas publicações está relacionado aos aspectos emocionais. Para os profissionais de enfermagem, o ato de presenciar a dor e o sofrimento das mulheres e seus familiares pode repercutir diretamente nas suas capacidades emocionais para a oferta dos cuidados oportunos e adequados. Muitos relatam a incapacidade de se desligar da injúria causada pela vivência devido ao fato de compartilharem da tristeza e angústia daquela mulher. ^{18,19,23, 24,25}

Assim, há necessidade de o cuidado ser realizado por profissionais que tenham desenvolvido estratégias de controle de suas emoções para propiciar o conforto à mulher. Há necessidades emocionais das mulheres e de seus parceiros que necessitam ser atendidas em um momento de vulnerabilidade, para tanto, é importante a criação de um ambiente terapêutico e de um vínculo de suporte e confiança. Abrangendo, assim, os cuidados holísticos e humanizados. ^{18,19,23, 24,25}

Contudo, entre outras barreiras descritas nos artigos estão o ambiente inadequado para prestar o cuidado e a falta de tempo para promover a assistência integral. Tem-se como ideal a oferta de um espaço acolhedor e privativo com um quarto ou enfermaria específicos para mulheres em processo de abortamento ou perda fetal, separando-as de outras gestantes ou puérperas. Esta ambiência poderia minimizar o sofrimento, permitir aos profissionais uma interação mais próxima e a efetivação do cuidado integral e humanizado. Entretanto, a realidade descrita tem sido outra com locais de atendimento nas unidades clínicas inadequados para o recebimento das mulheres em abortamento.^{20,21}

Em estudos sobre o contexto da assistência frequente às mulheres em aborto espontâneo, em departamento de emergência, da Austrália e, Itália, aponta-se o despreparo profissional em decorrência da alta rotatividade dos mesmos, e a necessidade de agilidade na atenção, que acaba por limitar a privacidade, devido à proximidade a outras gestantes e à oportunidade de uma avaliação completa com o acompanhamento clínico correto.²¹

Sabe-se que em atendimento de emergência, a mulher precisa passar pelo processo da triagem realizado pelo enfermeiro, na maioria dos casos, devido a apresentarem quadro hemodinamicamente estável e, assim, aguardar o atendimento médico. Ocasões estas nas quais os parceiros relatam perceber, por parte da equipe de enfermagem, atitude e linguagem impessoal e indiferente com uso de terminologias clínicas de difícil compreensão, além da falta de empatia. Assim, a falta de apoio, compaixão e aconselhamento oportuno na circunstância da possibilidade de uma perda fetal representa uma experiência devastadora acrescida de sofrimento em relação à circunstância.²¹

A emergência, um cenário complexo, dinâmico e exigente com recursos físicos e humanos limitados exige da enfermagem o desempenho de múltiplas atividades assim como da equipe médica. E, os profissionais atuantes nestes serviços reconhecem a essencialidade da atitude empática e da oferta de orientações e informações sobre o processo de aborto, seus efeitos e cuidados pós-alta hospitalar. Para estes profissionais, atuantes em serviços de emergência, algumas iniciativas possibilitam a otimização do atendimento adequado, a saber, o desenvolvimento de práticas de saúde criativas e inovadoras e o incremento no número de leitos, favorecendo a privacidade das mulheres.²¹

Já os parceiros das mulheres relatam que, durante o atendimento pela equipe de enfermagem há falta de reconhecimento e inclusão do mesmo nos cuidados. Sendo necessário que os mesmos assumam uma postura emocional mais firme, e disfarcem os seus sentimentos como forma de apoiar e cuidar de suas parceiras e fazer com que suas emoções pareçam insignificativas para a equipe. O homem, o parceiro, representa uma parte essencial no cuidado e no processo de acolhimento, sendo imprescindível que a equipe o reconheça, inclusive, seu bem-estar emocional e o seu papel como pai. A atenção que ambos recebem terá influência significativa na forma como devem enfrentar o luto, e incluir em suas ações estratégias para promover um planejamento familiar futuro. ^{21, 22}

Outra barreira descrita nos estudos selecionados inclui a falta de conhecimento e confiança dos profissionais de enfermagem para a assistência na perda fetal, em especial, no abortamento, seja espontâneo, seja, induzido. Condição que pode estar relacionada às atitudes e conflitos éticos, morais, pessoais e espirituais dos membros da equipe assim como ao despreparo do profissional. Tal fato pode dificultar o acesso aos cuidados e rebaixar a compreensão do significado da perda para a mulher e família, afetando a representação da dor e do significado da perda para o profissional. Assim, ressaltam-se como fatores essenciais, a confiança, o conhecimento e a compreensão dos profissionais de saúde para a oferta de uma assistência de enfermagem de qualidade. ^{15, 17, 23}

Mecanismos de enfrentamento das emoções que interferem na assistência acolhedora

Com relação aos cuidados das mulheres que vivenciam a perda fetal, os estudos descrevem sentimentos negativos por parte dos profissionais, tais como: ansiedade, raiva, tristeza intensa, frustração e impotência, além do desejo de evitar o atendimento/cuidado. ^{19,24}

Diante disso, é essencial a busca de mecanismos de enfrentamento para manejar a situação, de modo que o cuidado seja prestado com segurança e qualidade às mulheres que vivenciam o momento vulnerável de suas vidas como também para que sejam evitadas as repercussões da sobrecarga emocional. ^{19, 25}

Sob esta ótica, o trabalho em equipe pode ser um grande aliado para o apoio **ofertado pelos** membros da mesma. A oportunidade de compartilhar os

pensamentos e sentimentos estimula, de forma significativa, o processo reflexivo sobre as próprias experiências e habilidades profissionais. A busca de apoio emocional como estratégia de enfrentamento ocorre de várias maneiras, entre as quais, citam-se: o pedido de apoio aos colegas, à gerência, à família e aos amigos, além da busca de sessões terapêuticas em grupos com a presença de um psicólogo, para o esclarecimento de dúvidas e aprendizado interprofissional. ¹⁹

Ressalta-se, também que há relatos de frustração dos profissionais causada pela falta ou insuficiência de suporte gerencial para o atendimento às necessidades de ordem emocional manifestadas. Os mesmos sentem que a equipe de gestão minimiza a valorização do impacto emocional decorrente da assistência à perda fetal. Entende-se que os profissionais da enfermagem precisam ser apoiados em seu trabalho para que se mantenham ativos no atendimento às necessidades físicas e emocionais dessas mulheres sem prejuízo para si mesmos. ²²

Porém, alguns profissionais, principalmente àqueles que trabalham na atenção ao abortamento encontram dificuldades em compartilhar sua experiência com familiares e conhecidos devido ao medo de serem julgados e estigmatizados e, também para evitar conflitos relacionados ao assunto. Dessa forma, evitam compartilhar seus sentimentos e recorrem ao silêncio, o que resulta no aumento da sobrecarga emocional e tensão psicológica. ^{22,24,25}

Importância da educação e preparo profissional para assistência à perda fetal e aborto

Por outro lado, com base nos estudos selecionados, os profissionais de enfermagem consideram a habilidade de cuidar da mulher em situação de perda fetal e aborto como um dom natural e um privilégio. E, para tanto, enfatizam que a experiência profissional e a capacitação se destacam na assistência prestada, especialmente, valorizando as especializações nas áreas de obstetrícia, saúde mental e, até mesmo, de cuidados paliativos. Ainda, explicam que a experiência pessoal com a maternidade, a gestação e as perdas fetais auxiliam no desenvolvimento de uma prática de cuidado humanizado e integral. ¹⁸

No entanto, muitos se sentem despreparados para oferecer os cuidados necessários a essas mulheres devido à pouca familiaridade com os procedimentos realizados, instrumentos e medicamentos administrados, mas, principalmente, sobre

como lidar com os aspectos emocionais da paciente e com os seus próprios sentimentos. Com foco na clínica, a falta de qualificação profissional pode afetar a qualidade da assistência prestada, e precipitar o desencadeamento de ansiedade e medo na mulher e em sua família tanto como na equipe de enfermagem. ^{16,19,24}

Neste sentido, é relevante que a assistência seja prestada por uma equipe multidisciplinar com a presença de médicos, enfermeiros e psicólogos, entre outros, pois o trabalho interdisciplinar propicia o atendimento às diversas dimensões do cuidado e permite rodas de discussão com troca de experiências e opiniões. ^{16, 18, 21}

Salienta-se que a capacitação profissional deve ser valorizada na formação acadêmica, para que haja o desenvolvimento de competências e conhecimentos específicos sobre o cuidado humanizado e integral com respeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos de cada mulher assim como aos princípios bioéticos, e que seja possível a promoção de concepções menos estigmatizantes. Além disso, a qualificação permite à equipe de enfermagem sentir-se confiante para oferecer apoio e estabelecer vínculo com a mulher e familiares. ^{16, 18, 22}

Neste sentido, a educação permanente é outra estratégia veiculada nos estudos, para aprimorar a prática da enfermagem com interação entre os profissionais de diversas áreas. Assim, o apoio institucional e governamental com a disseminação adequada das diretrizes formativas e a promoção de estudos sobre a prática assistencial é revestido de grande importância para qualificar a atuação da equipe de enfermagem, proporcionando o bem-estar emocional e físico das mulheres, seus parceiros e familiares. ^{16, 22, 24}

CONCLUSÃO

Mediante o detalhamento e exploração dos aspectos abordados nas publicações selecionadas para a presente revisão integrativa, foi possível reiterar a importância do cuidado integral e humanizado em situações de perda fetal e aborto, as quais envolvem o acolhimento, as orientações claras e objetivas e o esclarecimento de possíveis dúvidas.

Dentre as ações da equipe multiprofissional, a assistência de enfermagem ao abortamento induzido é tida como desafiadora, considerando os aspectos fisiológicos, psicológicos e bioéticos envolvidos. Nessa situação, o profissional deve oferecer o

melhor cuidado possível, pautado nos conceitos de beneficência e não maleficência, com respeito à autonomia da mulher.

O principal desafio dos profissionais de enfermagem em relação à atenção à perda fetal, espontânea ou provocada está relacionado aos aspectos emocionais. Muitos enfermeiros não se sentem preparados para a oferta dos cuidados devido à falta de qualificação e preparo profissional quanto aos aspectos físicos, clínicos e, especialmente, ao manejo das questões emocionais da paciente.

A capacitação profissional deve ter sua base no período de formação acadêmica com o desenvolvimento do conhecimento e das competências para um cuidado humanizado e integral com a abordagem aos aspectos psicossociais, aplicando-se técnicas de comunicação terapêutica com foco no cuidado emocional, além do respeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos e aos princípios bioéticos. A disseminação das diretrizes de cuidado e a promoção de estudos inovadores sobre a prática assistencial na perda fetal e no aborto constituem outra vertente potencial para o fortalecimento da qualidade da assistência.

Conclui-se que, apesar de a prática assistencial representar uma experiência complexa, por outro lado é gratificante para a enfermagem ter a oportunidade de estar presente e oferecer cuidados e suporte num momento de vulnerabilidade com necessidade de acolhimento e conforto. É indispensável que o profissional esteja preparado para o atendimento humanizado e integral, contemplando os aspectos físicos e o sofrimento psíquico da mulher, seu parceiro e família. E, ainda, que desenvolva estratégias para o cuidado próprio, que inclua seu bem-estar emocional e físico.

Recomenda-se o desenvolvimento de estudos e diretrizes sobre o assunto como forma de atender não somente às necessidades das famílias assistidas, mas também do profissional de enfermagem envolvido no cuidado, para que este tenha a capacitação necessária para desenvolver seu trabalho com excelência e segurança.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram igualmente para a concepção, coleta, análise e discussão dos dados e, ainda, para a redação e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Calegari RS, Gouveia HG, Gonçalves AC. Intercorrências Clínicas e Obstétricas vivenciadas por Mulheres no Pré-Natal. Rev Cogitare Enfermagem. 2016 Abr/jun; 21(2): 01-08. Available from: revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44604.
2. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh revision, 05/2021. Available from: : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1947342847>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Brasília, 2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.
4. Barros PS, Aquino EC, Souza MR. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2019;53:12. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000714.
5. Marques LJP, Silva ZP, Alencar GP, Almeida MF. Contribuições da investigação dos óbitos fetais para melhoria da definição da causa básica do óbito no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2021; 37(2):e00079120. DOI:10.1590/0102-311X00079120.
6. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. Cad. Saúde Pública 2020; 36 Sup 1:e00188718. DOI:10.1590/01002-311X00188718.

7. Maslovich MM, Burke LM. Intrauterine Fetal Demise. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020 Nov 8. Available from: : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557533/>.
8. Ota E, Lopes KS, Middleton P, Flenady V, Wariki WM, Rahman MO et al. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Dec 18;12(12):CD009599. DOI:10.1002/14651858.CD009599.pub2.
9. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Rev. Esc. Anna Nery*, 2021;25(1):e20200098. DOI:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.
10. Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women and Birth.* 2019 Apr;32(2):137-146. DOI:10.1016/j.wombi.2018.06.006.
11. Galvão TF; Pansani TSA; Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv Saúde*, [s.l.], v. 24, n. 2, p.335-342, jun. 2015. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-962220150002003.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 2021; 372: n71. DOI:10.1136/bmj.n71.
13. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005 Dec;52(5):546-53. DOI:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
14. Ngwako K, Banke-Thomas A. 'I guess we have to treat them but ... ': health care provider perspectives on management of women presenting with unsafe abortion in Botswana. *Glob Public Health.* 2020 Sep;15(9):1308-1321. DOI:10.1080/17441692.2020.1751863.
15. Aniteye P, O'Brien B, Mayhew SH. Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana. *BMC Health Serv Res.* 2016 Sep 10;16(1):486. DOI:10.1186/s12913-016-1733-7.

16. Silva EF, Trevisan DC, Lorenzini E, Pruss ACSF, Strapasson MR, Bonilha ALL. Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: percepção de profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, 2015 Jul./Set.;5(3):454-464. DOI:10.5902/2179769214801.
17. Engel J, Rempel L. Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2016 Jan-Feb;41(1):51-7. DOI:10.1097/nmc.0000000000000207.
18. Griffin G, Ngulube M, Farrell V, Hauck Y L. Caring for women through early pregnancy loss: Exploring nurses' experiences of care. *Collegian*, 2020. DOI:10.1016/j.colegn.2020.08.011.
19. Hutti MH, Polivka B, White S, Hill J, Clark P, Cooke C et al. Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016 Jan-Feb;45(1):17-27. DOI:10.1016/j.jogn.2015.10.010.
20. Strefling ISS, Filho WDL, Kerber NPC, Soares MC, Ribeiro JP . Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: Estudo Qualitativo. *Text Context - enferm*, 2015 Jul-Sep; 24(3): 784-91. DOI:10.1590/0104-07072015000940014.
21. Edwards S, Birks M, Chapman Y, Yates K. Bringing together the “Threads of Care” in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs. *Collegian*, 25(3), 293–301, 2018. DOI:10.1016/j.colegn.2017.09.004.
22. Mauri PA, Squillace F. The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017 Jun; 22(3):227-232. DOI:10.1080/13625187.2017.1318846.
23. Mclemore MR, Kools S, Levi AJ. Calculus Formation: Nurses' Decision-Making in Abortion-Related Care. *Res Nurs Health*. 2015 Jun;38(3):222-31. <https://doi.org/10.1002/nur.21655>. PMID: 25820100.
24. Willis P. Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2019 Jan/Feb;44(1):46-51 DOI:10.1097/NMC.0000000000000490.
25. Teffo M, Rispel L. Resilience or detachment? Coping strategies among termination of pregnancy health care providers in two South African provinces. *Cult Health Sex*. 2020 Mar;22(3):336-351. DOI:10.1080/13691058.2019.1600720.

26. Olesen ML, Graungaard AH, Husted GR. Deciding treatment for miscarriage - experiences of women and healthcare professionals. Scand J Caring Sci. 2015 Jun;29(2):386-94.DOI: 10.1111/scs.12175.

Correspondência

Bruna Menezes Mincov
E-mail: brumincov@ufpr.br

Submissão: 19/01/2022
Aceito: 22/03/2022
Publicado: 01/06/2022

Editor de Seção: Edirlei dos Santos

Editora Científica: Tatiane Gomes Guedes

Editora Gerente: Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus

Copyright© 2022 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.