



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Oliveira, Hélio Tadeu Luciano de; Fonseca, Laura Fernanda; Estancione,
Laura Maria Brandão; Corrêa, Maria Cristina Silva Montenegro;
Oliveira, Nathalie de Rezende; Dias, Vanessa do Valle Vieira Amoroso

Pesar no óbito fetal: luto sem voz

Revista Bioética, vol. 30, núm. 3, 2022, Julio-Septiembre, pp. 644-651

Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303558PT>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361573799018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UDEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Pesar por la muerte fetal: duelo sin voz

Hélio Tadeu Luciano de Oliveira¹, Laura Fernanda Fonseca², Laura Maria Brandão Estancione², Maria Cristina Silva Montenegro Corrêa³, Nathalie de Rezende Oliveira³, Vanessa do Valle Vieira Amoroso Dias³

1. Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España. 2. Fundação Escola do Ministério Público do Estado do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 3. Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

El Ministerio de Salud brasileño recomienda que no se debe emitir el certificado de defunción en los casos de muerte fetal de menos de 20 semanas de gestación, feto con peso inferior a 500 g o estatura inferior a 25 cm, pero agrega que se puede permitirlo cuando la familia opta por el entierro del feto. En este contexto, el certificado se emite en pocos casos de aborto. Este artículo realizó una revisión integradora a partir de la pregunta: ¿Ayudarían en el proceso de duelo de los padres los rituales de inhumación, sobre todo el entierro (habilitado mediante la emisión de un certificado de defunción) en caso de muerte fetal con menos de 20 semanas de edad gestacional? La literatura consultada aportó con informaciones favorables a la emisión del certificado de defunción y permitió fomentar la discusión médica, jurídica y antropológica del tema.

Palabras clave: Aborto espontáneo. Pesar. Muerte fetal.

Resumo

Pesar no óbito fetal: luto sem voz

O Ministério da Saúde orienta que a declaração de óbito não seja emitida em casos de óbito fetal com gestação inferior a 20 semanas ou feto com peso inferior a 500 g ou estatura menor que 25 cm, acrescentando que a legislação permite a emissão da declaração em casos em que a família deseje fazer o sepultamento do feto. Nesse contexto, são poucos os casos de aborto em que a declaração é feita. Este artigo realizou revisão integrativa que responde à pergunta: os rituais de fechamento, particularmente o sepultamento (possibilitado pela emissão da declaração de óbito) em caso de morte fetal inferior a 20 semanas de idade gestacional, ajudariam no processo de luto dos pais? A literatura consultada trouxe informações favoráveis à emissão da declaração de óbito e possibilitou discussão médica, jurídica e antropológica do tema.

Palavras-chave: Aborto espontâneo. Pesar. Morte fetal.

Abstract

Grief after fetal death: a voiceless mourning

The Ministry of Health advises that death certificates should not be issued in cases of fetal death for a pregnancy of less than 20 weeks or fetus weighing less than 500 g or shorter than 25 cm in height; however, the legislation allows the issuance of the certificate in cases where the family wishes to bury the fetus. Given this context, abortion cases in which the certificate is issued are few. This article presents an integrative review that answers the question: would the death ceremonies, particularly the burial (made possible by the issuance of the death certificate), in case of fetal death under 20 weeks of gestational age help in the parents' mourning process? The literature consulted presented favorable information for the issuance of the death certificate and enabled a medical, legal and anthropological discussion of the theme.

Keywords: Abortion, spontaneous. Grief. Fetal death.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

¿Existe un lugar donde VIVA la muerte? Ah, vive en las partidas, en los rituales de despedida, cuando se legitima su finalización. Pero la vida, esta, se encuentra en el lugar de siempre, en el lugar donde se guardan los recuerdos, en un cuarto de afectos¹.

La conducta con respecto al destino del cuerpo del feto en caso de óbito difiere en todo el mundo, sin embargo, según Laurenti y Jorge², la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) basó los flujogramas de destinación de varios países, incluyendo Brasil. Aquí, es obligatorio emitir un certificado médico de defunción (CMD) y realizar la consiguiente inhumación (o cremación) en caso de muerte fetal con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas y/o peso superior a 500 g y/o talla mayor de 25 cm.

Si el óbito fetal no se ajusta a estos parámetros, la orientación del Ministerio de Salud (MS) y del Consejo Federal de Medicina (CFM) es que no sea emitido el CMD, sin embargo, en la práctica, la legislación brasileña no establece un impedimento para inhumación, la emisión de esta declaración es facultativa, si así los padres manifiestan su voluntad de hacerlo³. Si estos no se pronuncian, se procederá al tratamiento térmico del cuerpo por incineración.

Actualmente, la medicina vive un momento muy positivo de valorización de las habilidades de comunicación médico-paciente. Sin embargo, las madres que experimentan pérdidas fetales comunican habitualmente poca valorización de su dolor y no se sienten acogidas por la sociedad en general, inclusive los profesionales sanitarios y hasta miembros de la familia⁴.

La adecuada orientación y escucha activa de estas mujeres por parte de los profesionales puede identificar aquellas para quienes los rituales de despedida y/o la posibilidad de velar y enterrar a sus hijos son una forma importante de vivir su duelo, con positivas repercusiones terapéuticas^{5,6}. Si el duelo materno ya está infravalorado, el duelo paterno es ignorado a nivel académico y asistencial⁷.

Iaconelli menciona que (...) *el ritual con el cadáver; su limpieza, vestimenta, velorio, cremación, todo es absolutamente anacrónico cuando es considerado de forma objetiva. Aun así, no prescindimos de esta prolongación de la existencia del otro como forma de elaborar su pérdida. En el duelo perinatal* [la autora incluye, en esta terminología, el duelo resultante de la muerte de un feto o recién nacido]

no siempre se escucha el deseo de los padres de llevar a cabo prácticas rituales que forman parte de otras pérdidas por óbito y, cuando son efectuadas, crean una cierta vergüenza. Esas diferencias en el tratamiento de estos casos exponen la imposibilidad de atribuir al óbito de un bebé (prematureo o postérmino) el status de muerte de un hijo⁸.

Conforme descrito, surgió la siguiente pregunta: ¿los rituales de despedida, particularmente el entierro (facultado por la emisión del CMD) en caso de muerte fetal menor de 20 semanas de edad gestacional, ayudarían en el proceso de duelo de los padres? El objetivo del presente trabajo es investigar este efecto fundamentado en la bibliografía.

Conceptos y legislación

Breve fundamentación

Es importante señalar algunas diferencias conceptuales. El aborto es la expulsión o extracción de un embrión o feto con peso inferior a 500 g (aproximadamente de 20 a 22 semanas de gestación), independientemente de la presencia o ausencia de constantes vitales. El óbito fetal es la muerte del producto de la concepción, que ocurre antes de su completa expulsión o extracción del organismo materno, cualquiera que sea el tiempo de gestación. El óbito se confirma cuando, después de la separación, el feto no respira ni muestra otros signos de vida, como latidos cardíacos, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos musculares voluntarios⁹.

A partir de la CIE-10, la OMS pasó a considerar la edad gestacional de 22 semanas (peso equivalente a 500 g) como el límite inferior del período perinatal. Según Laurenti y Jorge², esta nueva determinación influyó bastante en la toma de decisiones del CFM y que culminó con la Resolución CFM 1.601/2000, que fue derogada por la Resolución CFM 1.779/2005, según la cual, *en caso de muerte fetal, los médicos que prestaron asistencia a la madre están obligados a proveer el Certificado Médico de Defunción cuando el embarazo tenga una duración igual o superior a 20 semanas o el feto tenga un peso corporal igual o mayor a 500 gramos y/o un tamaño igual o superior a 25 cm¹⁰.*

El MS también aconseja que se emita el CMD cuando el niño nace vivo y muere poco después del nacimiento, indiferentemente de la duración del embarazo, el peso del recién nacido y del tiempo

que el niño ha estado vivo³. Por otro lado, el CMD no deberá expedirse en situación de *muerte fetal con una gestación inferior a 20 semanas, feto con un peso menor de 500 gramos o dimensión inferior a 25 centímetros*³. Finalmente, el MS añade: *actualmente la legislación vigente permite, en la práctica, que la emisión del CMD sea facultativa para los casos en que la familia quiera realizar el entierro del producto de la concepción*³.

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa), a través de la Resolución de la Dirección Colegiada (RDC) 222/2018, regula los residuos de los servicios de salud (RSS). Reciben la clasificación grupo A, subgrupo A3, *las partes anatómicas (extremidades) del ser humano; producto de fecundación sin signos vitales, de peso inferior a 500 gramos, tamaño menor que 25 centímetros o edad gestacional inferior a 20 semanas, que no tengan valor científico ni legal y no hayan sido reclamados por la paciente o sus familiares*¹¹.

También, de acuerdo con Anvisa, los RSS del subgrupo A3 deben ser destinados para inhumación, cremación, incineración u otro destino autorizado por los organismos ambientales competentes. (...) Cuando se envían para incineración, los RSS deben ser almacenados en bolsas rojas e identificados con la inscripción "PARTES ANATÓMICAS"¹¹.

De acuerdo con el artículo 14 de la referida resolución, *las bolsas para el almacenamiento de RSS del grupo A deben ser substituidas cuando alcancen 2/3 de su capacidad o a cada 48 horas (...), sin importar el volumen, buscando el confort ambiental y la seguridad de los usuarios y profesionales. (...) Las bolsas que contienen RSS del grupo A que se pudren con facilidad deben cambiarse como máximo a cada 24 horas, independientemente del volumen*¹¹.

Método

El estudio consiste en una revisión integradora, aplicando las siguientes etapas: identificación del tema y construcción de la pregunta de investigación; establecimiento de criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda bibliográfica; definición de la información a extraer de los textos científicos seleccionados; evaluación y categorización de los estudios incluidos en la revisión integradora; análisis e interpretación de resultados y exposición de la revisión/síntesis de conocimientos¹².

Las bases de datos de la investigación fueron la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y PubMed, utilizando los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), con la estrategia de búsqueda "miscarriage and grief". Los criterios iniciales para inclusión de las publicaciones consistieron en: investigación en humanos, versión completa disponible gratuitamente en portugués o inglés y estar publicado en los últimos cinco años.

Con base en estos requisitos, se seleccionaron 37 artículos, de los cuales 17 fueron excluidos al estar duplicados y 13 por no cumplir con la pregunta guía (tres después de leer el resumen y diez una vez realizada la lectura completa del artículo). Así, la muestra final estuvo compuesta por siete artículos capaces de responder a la pregunta de investigación.

Resultados y discusión

Los Cuadros 1 y 2 contienen los análisis de la muestra final.

Cuadro 1. Exposición de artículos por autores, año de publicación, lugar y revista científica

	Autores; año	Local	Periódico
1	Cesare y colaboradores; 2020 ¹³	Estados Unidos	<i>Paediatric and Perinatal Epidemiology</i>
2	Smith y colaboradores; 2020 ¹⁴	Reino Unido	<i>British Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>
3	Obst y colaboradores; 2020 ¹⁵	Australia, Canadá, Estados Unidos, Europa, Oriente Medio Y Reino Unido	<i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>
4	Miller, Temple-Smith, Bilardi; 2019 ¹⁶	Australia	<i>PLoS One</i>
5	Bellhouse y colaboradores; 2018 ¹⁷	Australia	<i>BMC Women's Health</i>
6	Cassidy; 2018 ¹⁸	España	<i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>
7	Meaney y colaboradores; 2017 ¹⁹	Irlanda	<i>BMJ Open</i>

Cuadro 2. Exposición de artículos por objetivo, tipo de estudio y resultados

	Objetivos	Tipo de estudio	Resultados relevantes para la pregunta de investigación
1	Caracterizar cómo consideran los usuarios el tema “aborto espontáneo” y “nacimientos prematuros” en Twitter, analizar tendencias y motivaciones, y describir el estado de percepción emocional de las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo.	Estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo. Obtuvo 291.443 publicaciones en inglés (de 138.658 usuarios) desde enero de 2017 hasta diciembre de 2018.	Los principales temas considerados fueron identificados y combinados, siguiendo ocho grupos temáticos. Para cada uno, se seleccionaron dos tuits como muestra. En la categoría de “Política” hay un tuit con el siguiente contenido: “Es horrible que clasifiquen esto como un aborto tardío y todavía sin un certificado de nacimiento/ defunción. ¡Es necesario cambiar esta ley!”
2	Analizar las experiencias involucrando la atención sanitaria a los padres cuyo bebé murió antes, durante o poco después del nacimiento, con el fin de identificar formas prácticas de mejorar la prestación de servicios médicos.	Estudio cualitativo a través del análisis de entrevistas con narraciones de 38 progenitores: 10 pares de padres y 18 madres.	Los padres explican la diferencia entre recibir un documento informal haciendo constar la muerte de su hijo y un certificado oficial declarando el óbito. Para los progenitores, si bien la informalidad del hospital les causa daño e insulta, ya que demuestra que no existe ningún acta capaz de formalizar la situación, el informe oficial confirma que fueron padres y válida el nacimiento de sus bebés, además de preocuparse en la creación de recuerdos que les ayuden a superar el duelo.
3	Identificar cómo los hombres viven el duelo ante la pérdida neonatal y el embarazo, además de los factores y/o predictores que contribuyen al duelo masculino.	Revisión sistemática de una muestra final de 46 artículos publicados entre 1998 y octubre de 2018.	Los padres revelan que los rituales, los objetos simbólicos y el compartir recuerdos ayudan a establecer conexiones con su hijo perdido.
4	Analizar en general la experiencia del aborto espontáneo en relación con los hombres y el apoyo recibido o inexistente tanto de los profesionales sanitarios como de las redes sociales.	Estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas con 10 hombres australianos.	Los progenitores afirman que el certificado médico de defunción confirma explícitamente que la pérdida realmente ocurrió y que, a pesar de ser solo un pequeño papel, sirve para crear un memorial para el niño y a sobrellevar el duelo.
5	Estudiar la experiencia de las mujeres después de un aborto espontáneo con el fin de concienciar a la comunidad que las rodea sobre la necesidad de respaldo emocional.	Estudio cualitativo a través de entrevistas a 15 mujeres.	Algunas mujeres informaron que no tenían ningún tipo de memorial para su bebé y sintieron que él realmente solo existió para ellas.
6	Analizar la calidad de la atención brindada a las mujeres en caso de diagnóstico de muerte intrauterina o “anomalías fetales incompatibles con la vida” y proceder a una evaluación comparativa con otros países.	Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado en línea aplicado a 796 mujeres que tuvieron muerte fetal intrauterina entre las 16 semanas y el nacimiento, también por aborto espontáneo tardío, mortinato o interrupción del embarazo por causas médicas.	En el 35,8% de los casos, las familias no tuvieron opción o se les negó la posibilidad de cualquier entierro privado o cremación, teniendo una importante correlación con la edad gestacional del feto (con menos de 26 semanas en el 70,1% de los casos), en discrepancia con la legislación española, que otorga a los padres la potestad de decidir sobre el destino del cuerpo del feto, sin tener en cuenta la edad gestacional.
7	Estudiar las experiencias de quienes han sufrido un aborto espontáneo, desde el punto de vista de las narraciones de hombres y mujeres.	Estudio cualitativo –enfoque fenomenológico– centrado en el relato de 16 participantes (10 mujeres y 6 hombres).	Reconocer la pérdida del niño a través de rituales fue crucial para aceptar o recordar al niño. Para los padres, uno de esos rituales fue un funeral o alguna ceremonia similar.

El Cuadro 2 muestra que los objetivos de todos los artículos seleccionados no se relacionaron directa o exclusivamente con la pregunta guía de esta revisión integradora, la cual fue respondida a través de las informaciones contenidas en los resultados, invariablemente, más amplios de los textos. Solo un estudio (14% de la muestra) se realizó únicamente con hombres, dos (28%) apenas con mujeres, y el resto con ambos géneros, parejas con la madre y el padre o por separado. Utilizando el método descrito, no se encontró ninguna publicación brasileña que respondiera a la pregunta de investigación.

Todos los artículos de la muestra ofrecieron informaciones favorables a la emisión de un certificado médico de defunción fetal, incluso inferior a 20 semanas de edad gestacional, aunque no fue posible identificar el porcentaje de familias que se beneficiarían con la respectiva emisión.

La pérdida fetal representa uno de los episodios más frustrantes en la vida de una mujer, siendo difícil de asumir, además de representar, el fracaso en la actividad profesional del obstetra²⁰. Por lo tanto, este profesional puede tener dificultad para comunicar la mala noticia y, como resultado, la paciente puede sentirse impotente debido a la falta de información médica.

Muchas veces se evita emitir el CMD y conceder el entierro, por el temor de afectar negativamente las estadísticas de los servicios sanitarios (hospital o maternidad) o del propio médico con datos de muerte fetal intrauterina (MFIU). Hay una diferencia en las notificaciones: los productos abortivos no entran en las estadísticas, mientras que la MFIU sí. Para emitir el CMD que permite la inhumación se requiere la notificación del óbito fetal.

Si bien, como ya se mencionó, la legislación vigente permite, *en la práctica, que la emisión del CMD sea facultativa para los casos en que la familia quiera realizar el entierro del producto de la concepción*³, esto trae como consecuencia que las cifras sean contabilizadas por el proveedor de asistencia sanitaria.

Según informaciones detalladas del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DataSUS), en 2019 fueron registradas 2.803 muertes fetales con peso inferior a 500g y 2.055 con menos de 22 semanas de gestación²¹. Eso muestra que en muy pocos casos de aborto se procede a esta CMD y que casi nunca se ofrece la posibilidad de un entierro a la familia.

Estos datos provienen del Sistema de Información de Mortalidad (SIM), administrado por el Departamento de Análisis de Situación de Salud, de la Secretaría de Vigilancia en Salud, en conjunto con las secretarías de salud estatales y municipales. Estas recogen los CMD de los registros notariales y hacen constar las informaciones en el SIM. Dichos datos pueden clasificarse por local (como hospitales y maternidades) e integrarse a las estadísticas de los proveedores de servicios sanitarios. Muchos médicos tal vez pueden evitar mencionar la inhumación por recelo de que las informaciones resultantes de la emisión de la CMD tengan un impacto negativo en los servicios médicos.

Discusión fundamentada en el derecho y la antropología

Con base en los resultados planteados en el Cuadro 2, se puede decir que la muerte y la relación con las personas fallecidas forman parte de la vida de los seres humanos. No es una realidad vinculada a algún tipo de religión o espiritualidad concreta, sino a la propia humanidad vivida. Sin embargo, no se trata únicamente de un hecho significativo en el ámbito privado. Si bien la experiencia sea en la esfera personal, tiene una evidente trascendencia social, al fin y al cabo, la familia es el núcleo de la sociedad.

A partir de esta premisa, es posible considerar que los artículos consultados para esta investigación atienden a esta dimensión humana de una relación personal con la muerte. En primer lugar, es evidente que este vínculo no puede tener carácter privado, es decir, solamente un enfoque desde el aspecto individual de las personas involucradas, sino que debe haber una perspectiva social y, para ello, reconocimiento político. Así, las situaciones cuya repercusión tienen carácter público suelen estar revestidos de solemnidad y se expresan con una apropiada formalidad para que se reconozca su trascendencia social, política y legal.

Es indudable esta relevancia en el caso de la muerte fetal, tanto por los datos objetivos, que contribuyen, por ejemplo, al análisis de la tasa de natalidad y estadísticas sobre las condiciones sindrómicas, como por los subjetivos, como la evaluación del efectivo respeto a la dignidad y los derechos humanos. La ausencia de reconocimiento público y legal —manifestada en la CMD— es la negación

de que existiera una relación personal, e incluso la inadmisibilidad de que se pudiera sufrir por la pérdida de un hijo durante la gestación. No se trata de un mero trámite, sino de una aceptación social de algo que existe y necesita ser vivido.

Este reconocimiento es el que hace posible que los padres, las personas cercanas a ellos y la propia sociedad vivan la despedida de sus seres queridos, a través de diferentes tipos de rituales y simbólicas despedidas y de duelo. De esta forma, es posible establecer una relación mucho más sana desde el punto de vista humano —formulada en la integridad de la dimensión material y espiritual—, que permite, una vez superado el dolor de la pérdida, instaurar memorias de interacciones de los momentos que vivieron juntos. Además, la misma espiritualidad —sin importar la forma como es experimentada— es fortalecida por la experiencia real de las interrelaciones, ya sea en vida o después de la muerte de estos seres queridos.

Es por esta razón que es fundamental intensificar una red de apoyo para poder ayudar con la experiencia de pérdida. Entonces, se espera que haya una inclinación a redefinir el proceso de duelo, dignificando el sufrimiento y facilitando su superación. En tal sentido, no existe obstáculo legal que impida la creación de la memoria mediante la formalización de la muerte, ya que, con base en el principio de legalidad, establecido en el artículo 5º, II, de la Constitución Federal, *nadie estará obligado hacer o dejar de hacer cualquier cosa excepto en virtud de la ley*²².

Existe el derecho natural de inhumación y velar a los muertos, así como el reconocimiento ético y legal de la naturaleza humana del feto. Con este fin, el Pacto de San José de Costa Rica (o Convención Americana sobre Derechos Humanos, incluido en el ordenamiento jurídico interno mediante el Decreto 678/1992)²³ prevé, en su artículo 4(1), el derecho del respeto a la vida, el cual está protegido por la ley y, en general, desde la concepción.

Por lo tanto, se reconoce la naturaleza humana del feto, así como el derecho a que se respete su vida y dignidad. Asimismo, se admite la necesidad de respaldar a la familia, sobre todo porque esta se muestra insuficiente, ya que no conoce necesariamente el ordenamiento jurídico y la ética médica.

Finalmente, es imprescindible entender que el reconocimiento social que ofrece el CMD, el cual posibilita ritos y símbolos propios de una despedida fúnebre, no otorga al Estado el derecho de determinar cómo se debe vivir esta dimensión. Siempre será una realidad profundamente personal, marcada por las creencias y decisiones de los padres, y que no pueden ser substituidas en las decisiones sobre qué rituales y formas simbólicas se deben utilizar en esta despedida. Por consiguiente, se pone de manifiesto la importancia de las solemnidades para marcar la existencia del niño, permitiendo el poder recordarlo en la intimidad de cada familia, y que, por ser una célula nuclear de la sociedad, amplía su impacto a la totalidad de esta.

Consideraciones finales

Algunos padres que han sufrido un evento de muerte fetal, incluso con menos de 20 semanas de edad gestacional, reconocen consecuencias importantes en la emisión del CMD sobre la experiencia de su proceso de duelo, especialmente ante la sociedad, con la recepción e identificación de estos padres permitida por la habilidad comunicativa del profesional médico. Es muy fundamental debatir si las posibles preocupaciones profesionales en relación con la contabilización de las estadísticas de los servicios de salud, derivadas de la emisión del certificado médico de defunción fetal, influyen negativamente en la legítima necesidad de apoyar a estos padres a encarar el duelo.

Referencias

1. Pallottino E, Rezende C. Prefácio. In: Lupi C, Camargo F, Lupi L, Couri R, organizadoras. Histórias de amor na perda gestacional e neonatal. [local desconhecido]: Bookstart; 2015. p. 100.
2. Laurenti R, Jorge MHPM. O atestado de óbito: aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídicos [Internet]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015 [acesso 15 jul 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3ehvVM1>

3. Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 15 jul 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3KGL4CW>
4. Shakespeare C, Merriel A, Bakhbakhi D, Baneszova R, Barnard K, Lynch M *et al*. Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-summary. *BJOG* [Internet]. 2019 [acesso 10 fev 2020];126(1):12-21. DOI: 10.1111/1471-0528.15430
5. Rådestad I, Steineck G, Nordin C, Sjögren B. Psychic and social consequences of women in relation to memories of a stillborn child: a pilot study. *Gynecol Obstet Invest* [Internet]. 1996 [acesso 10 fev 2020]; 41(3):194-8. DOI: 10.1159/000292267
6. Muza JC, Sousa EN, Arrais AR, Iaconelli V. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicol Teor Prat* [Internet]. 2013 [acesso 15 fev 2020];15(3):34-48. Disponível: <https://bit.ly/3cJB3Ze>
7. McCreight BS. A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociol Health Illn* [Internet]. 2004 [acesso 2 fev 2020];26(3):326-50. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x
8. Iaconelli V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2007 [acesso 15 fev 2020];10(4):614-23. DOI: 10.1590/S1415-47142007000400004
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 29 jul 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3Cb6iFg>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 121, 5 dez 2005 [acesso 15 fev 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3Q8FIH5>
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 61, p. 76, 29 mar 2018 [acesso 15 fev 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3qafS5m>
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 15 fev 2020]; 17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
13. Cesare N, Oladeji O, Ferryman K, Wijaya D, Hendricks-Muñoz KD, Ward A, Nsoesie EO. Discussions of miscarriage and preterm births on Twitter. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2020 [acesso 12 out 2021];34(5):544-52. DOI: 10.1111/ppe.12622
14. Smith LK, Dickens J, Bender Atik R, Bevan C, Fisher J, Hinton L. Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. *BJOG* [Internet]. 2020 [acesso 25 out 2021];127(7):868-74. DOI: 10.1111/1471-0528.16113
15. Obst KL, Due C, Oxlad M, Middleton P. Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [acesso 25 out 2021];20(1):11. DOI: 10.1186/s12884-019-2677-9
16. Miller EJ, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. 'There was just no-one there to acknowledge that it happened to me as well': a qualitative study of male partner's experience of miscarriage. *PLoS One* [Internet]. 2019 [acesso 25 out 2021];14(5):e0217395. DOI: 10.1371/journal.pone.0217395
17. Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2018 [acesso 14 abr 2021];18(1):176. DOI: 10.1186/s12905-018-0672-3
18. Cassidy PR. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [acesso 15 abr 2021];18(1):22. DOI: 10.1186/s12884-017-1630-z

19. Meaney S, Corcoran P, Spillane N, O'Donoghue K. Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [acceso 25 out 2021];7(3):e011382. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011382
20. Aquino MMA, Guedes AC, Mesquita MRS, Hernandez M, Cecatti JG. Conduta obstétrica no óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 1998 [acceso 9 dez 2021];20(3):145-9. DOI: 10.1590/S0100-72031998000300004
21. Brasil. Ministério da Saúde. Óbitos fetais: Brasil. DataSUS [Internet]. [s.d.] [acceso 9 dez 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3Q8oFiP>
22. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 1, 5 out 1988 [acceso 1 set 2022]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3P525Z8>
23. Brasil. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 15562, 9 nov 1992 [acceso 9 dez 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3Q6zdz3>

Hélio Tadeu Luciano de Oliveira – Doctor – hluciano@unav.es

 0000-0003-4561-6231

Laura Fernanda Fonseca – Estudante de grado – laurafonseca2312@gmail.com

 0000-0002-1228-8879

Laura Maria Brandão Estancione – Magíster – laura.estancione@gmail.com

 0000-0001-5154-1438

Maria Cristina Silva Montenegro Corrêa – Magíster – cristinamontenegro29@hotmail.com

 0000-0001-7232-511X

Nathalie de Rezende Oliveira – Estudante de grado – natha.roliv@gmail.com

 0000-0001-6135-0408

Vanessa do Valle Vieira Amoroso Dias – Magíster – amorosovanessa86@gmail.com

 0000-0002-1537-8044

Correspondencia

Maria Cristina Silva Montenegro Corrêa – Av. Iguaçu, 333, Rebouças CEP 80230-020. Curitiba/PR, Brasil.

Participación de los autores

Todos los autores contribuyeron por igual a la elaboración del trabajo.

Recibido: 15.12.2021

Revisado: 10.8.2022

Aprobado: 15.8.2022