



LUTO PERINATAL: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS DE UM SETOR DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Emanuelly de Paula Davini*
Maria Heloiza Bezerra Caniato**
Viviane Cazetta de Lima Vieira***
Flávia Cristina Vieira Frez****
Márcia Moroskoski*****
Maria de Fátima Garcia Lopes Merino*****
Larissa Carolina Segantini Felipin*****

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção das profissionais enfermeiras de um setor de Ginecologia e Obstetrícia acerca do luto perinatal. **Método:** estudo qualitativo e descritivo realizado com 15 enfermeiras do setor de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital universitário no Paraná. Entre junho e outubro de 2024, coletaram-se os dados mediante entrevistas semiestruturadas e audiogravadas, que foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin. **Resultados:** a amostra final foi composta por 15 participantes, todas do sexo feminino, cuja idade variou de 24 a 52 anos, e o tempo de atuação na profissão foi de 1 ano e 2 meses até 24 anos. Na análise, foram evidenciadas três categorias: Sentimentos e vivências relacionadas ao luto perinatal; Fragilidades na assistência prestada diante do luto perinatal; e Potencialidades no cuidado às famílias enlutadas. **Considerações finais:** a pesquisa apontou que a falta de preparo profissional compromete o suporte às famílias. Também destacou a necessidade de uma abordagem que integre cuidado físico e emocional, com formação humanizada e acolhimento empático para garantir a assistência respeitosa e de qualidade.

Palavras-chave: Morte perinatal. Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Família. Luto.

INTRODUÇÃO

A maternidade, culturalmente, é considerada um símbolo de realização pessoal e familiar. O nascimento de um filho é celebrado como um evento repleto de alegria e significado para as famílias. Contudo, nem todas as gestações culminam no desfecho esperado⁽¹⁾.

A morte prematura de um novo membro da família, em decorrência de perda gestacional ou de óbito neonatal, configura-se um evento singular e impactante. Tal experiência tende a ser vivenciada com maior intensidade por estar, muitas vezes, associada a causas potencialmente evitáveis e por interromper a expectativa da chegada de um bebê saudável, rompendo com projetos e esperanças que vinham sendo construídos para o futuro⁽²⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) oferece definições específicas que ajudam a

compreender os diferentes tipos de perdas: considera natimorto o feto que falece antes do nascimento, com peso mínimo de 1.000g, e, pelo menos, 28 semanas de gestação ou comprimento de, no mínimo, 35cm. Já o óbito neonatal refere-se à morte do recém-nascido ocorrida até o 28º dia de vida. Por sua vez, o óbito perinatal abrange tanto os óbitos fetais com 28 semanas de gestação ou mais quanto os falecimentos de recém-nascidos até o sétimo dia de vida⁽³⁾.

Ao sofrer a perda, as famílias entram em um processo de luto que repercute de maneira ampla nos âmbitos biopsicossocial e espiritual. Esse percurso pode ser marcado por sentimentos de culpa, irritabilidade, tristeza profunda, manifestações de transtorno de estresse pós-traumático, isolamento, perda de fé, temor diante de uma nova gestação, raiva, incredulidade e

*Enfermeira. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: emanuellydavini@gmail.com. ORCID <https://orcid.org/0009-0003-5825-2307>

**Enfermeira. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: heloiza.caniato23@gmail.com. ORCID <https://orcid.org/0009-0009-5957-9321>

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. (DEN/UEM) Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: vcdvieira2@uem.br ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3029-361X>

****Enfermeira. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente no DEN/UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: fcvfrez2@uem.br ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4579-7127>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no DEN/UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: mmoroskoski@uem.br ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4377-4025>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no DEN/UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: mfglmerino2@uem.br ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6483-7625>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente no DEN/UEM. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: larissafelipin@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1490-7194>

apatia^(1,4,5).

Esse fenômeno, conhecido como luto perinatal, engloba perdas gestacionais a partir da 22ª semana, óbitos neonatais até o 29º dia de vida, e a entrega de um recém-nascido para adoção⁽¹⁾.

No Brasil, a mortalidade neonatal atinge cerca de oito óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, e, aproximadamente, 28 mil mortes fetais são registradas anualmente. Contudo, apesar da gravidade desses dados, a perda gestacional e neonatal é pouco debatida e, com frequência, silenciada com o luto resultante dessas experiências, não recebendo por parte dos profissionais o reconhecimento e o suporte necessários⁽⁶⁾.

Essa lacuna é evidente na prática de Enfermagem, sobretudo no enfrentamento do luto perinatal, que evidencia deficiências na formação profissional, em especial no que se refere ao manejo da morte em contextos historicamente voltados à preservação da vida⁽¹⁾.

Embora o cuidado integral também envolva o suporte emocional, a assistência às famílias enlutadas ainda é limitada e fragmentada, reflexo do despreparo técnico, da escassez de recursos e da falta de protocolos institucionais⁽⁵⁾. Nesse contexto, o enfermeiro assume papel essencial na oferta de um cuidado empático e humanizado, respaldado por diretrizes atualizadas que orientam a atenção ao luto perinatal.

Portanto, a presente pesquisa tem o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais enfermeiros de um setor de Ginecologia e Obstetrícia sobre o luto perinatal.

MÉTODO

Este estudo, qualitativo e descritivo, sua construção metodológica orientada pelo instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽⁷⁾, foi realizado em um hospital universitário no Noroeste do Paraná, referência para gestações de alto risco e aborto legal. Esse hospital, até o término da coleta de dados deste estudo, não possuía o documento de Procedimento Operacional Padrão (POP) relativo ao óbito perinatal.

A maternidade, lócus desta pesquisa, contava com 28 leitos e duas salas de parto. A equipe de enfermagem era composta de 18 enfermeiras contratadas e uma enfermeira voluntária, havendo, por plantão, duas profissionais no alojamento

conjunto; uma enfermeira em cada sala de parto, e, em média, oito técnicos de enfermagem por período.

Os participantes foram selecionados por amostragem consecutiva. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro em exercício no setor de Ginecologia e Obstetrícia, atuando em um dos quatro turnos (manhã, tarde, noite 1 e noite 2). Em contrapartida, previu-se a exclusão de enfermeiros voluntários e aqueles que estivessem em férias ou em licença durante o período das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada pela autora principal deste estudo, enfermeira e, à época, acadêmica do 4º ano do curso de Enfermagem, sob a orientação e supervisão da professora responsável, com o objetivo de subsidiar seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A pesquisadora/entrevistadora já integrava grupos de pesquisa na área materno-infantil e, durante o estágio curricular realizado no setor correspondente no ano anterior, demonstrou afinidade com a temática e teve contato prévio com a unidade e com os participantes, individualmente. Ressalta-se que, antes e durante a coleta, a pesquisadora esclareceu dúvidas com sua orientadora, o que contribuiu para a condução adequada das entrevistas.

A coleta — de junho a outubro de 2024 — abrangeu os quatro turnos de funcionamento da instituição (manhã, tarde, noite 1 e noite 2). As entrevistas semiestruturadas foram audiogravadas e conduzidas mediante autorização prévia dos participantes que também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, conforme as exigências éticas para estudos envolvendo seres humanos. Por fim, destaca-se que esta pesquisa está vinculada a um projeto institucional mais amplo, intitulado “Cuidado integral nos diversos contextos de saúde à criança e ao adolescente”.

Com o intuito de resguardar o anonimato dos participantes, cada questionário foi codificado por meio de um identificador alfanumérico formado pela letra “E”, inicial de “enfermeira”, seguida de um número correspondente à ordem de resposta dos questionários e pelo tempo de atuação profissional de cada participante. Exemplo: E1, X anos de serviço.

A entrevistadora realizou o convite presencialmente, durante a jornada de trabalho dos participantes. As entrevistas individuais foram

conduzidas com a presença exclusiva da entrevistadora e da profissional participante, em salas de parto (A e B), no momento em que não havia paciente no local. As entrevistas tiveram duração média de 24 minutos, sem necessidade de uma segunda entrevista com a mesma participante.

O instrumento utilizado nas entrevistas continha duas partes: uma com questões sociodemográficas referentes à caracterização dos participantes, e outra com perguntas abertas que abordavam a experiência e a percepção sobre o luto perinatal.

A fim de estimular a narrativa, sem intervir no conteúdo das respostas, com o objetivo de garantir o fluxo da conversa e a profundidade dos dados coletados, a entrevistadora utilizou perguntas do tipo: *Como assim? Pode falar mais sobre isso? Poderia explicar melhor?*

Ao final, todas as entrevistas audiogravadas foram transcritas com o uso do software Gladia®, no entanto, as transcrições e resultados não foram devolvidos aos participantes para comentários ou correções. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin, respeitando-se as etapas preestabelecidas pelo referencial metodológico: (1) pré-análise: escolha dos dados e documentos que serão sujeitos à análise e à criação de suposições que servirão de base para a conclusão final; (2) codificação: a interpretação dos dados coletados e elaboração das categorias de exploração; (3) categorização: o tratamento das informações colhidas e o desenvolvimento dos resultados⁽⁸⁾.

Ressalta-se que, a fim de se obter maior rigor metodológico, todas as notas de campo foram realizadas ao finalizar a coleta, e durante a análise dos dados os resultados emergentes foram revistos por pares e as concepções prévias dos pesquisadores foram deixadas em suspensão para não impactarem diretamente a análise. Não houve saturação dos dados. E também não foi observada saturação dos dados.

Todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram rigorosamente respeitados. O estudo matricial contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Maringá, (CAAE nº 68786323.9.0000.0104).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi composta por 15

participantes, todas do sexo feminino, com idades de 24 a 52 anos. Dez declararam-se brancas, nove eram solteiras, nove não tinham filhos e oito eram católicas. O tempo de atuação variou de um ano e dois meses a 24 anos, com média de nove anos e um mês de exercício profissional.

A análise aprofundada do conteúdo das entrevistas produziu seis codificadores de dados e, por fim, três categorias temáticas: sentimentos e vivências relacionadas ao luto perinatal; fragilidades na assistência prestada diante do luto perinatal; e potencialidades no cuidado às famílias enlutadas.

Sentimentos e vivências relacionadas ao Luto Perinatal

O luto perinatal é um processo complexo e singular, que envolve significados profundos tanto para as famílias quanto para os profissionais de saúde que acompanham essa experiência⁽¹⁾. E, de acordo com um estudo transversal, as enfermeiras, ao vivenciar o cuidado com famílias enlutadas, vivenciam desafios emocionais e éticos, muitas vezes marcados pela dificuldade em lidar com a perda e a necessidade de oferecer suporte em um momento de intensa vulnerabilidade⁽⁹⁾.

O luto perinatal é uma situação onde a mãe perde uma criança, seja qual for a idade do bebê, não importa quantas semanas de gestação ele estava, porque às vezes, tinha pouco tempo de gestação, mas ela ainda era mamãe. Então, ela é mãe de um anjo. (E9, 1 ano e 2 meses de serviço)

Pra mim é um momento bem difícil. Como profissional, eu já me adaptei. Mas ver o lado do paciente, eu acho que é um momento muito triste. Porque A G.O. (ginecologia e obstetrícia), geralmente traz vidas, né? Então perder é difícil. (E11, 2 anos e 8 meses de serviço)

Eu penso que o luto vai desde a perda gestacional do bebê que morre logo que nasce, ou também das mães que têm o seu filho RN na UTI por meses, também acredito que se enquadre nisso. (E12, 2 anos de serviço)

A fala das entrevistadas revela a compreensão do luto perinatal como um processo vivido principalmente pela mulher que gestou ou deu à luz ao bebê, refletindo a ligação intensa estabelecida com o bebê durante a gestação. Entretanto, uma das entrevistadas salientou que o sofrimento não é exclusivo da mãe, mas afeta toda a família, e destacou a importância de considerar o

impacto sobre todos os familiares, não apenas sobre a mulher.

É um sofrimento não só para a mulher como para toda a família. Muitas vezes se foca muito na paciente e na perda e se esquece de tudo que acompanha. Então é uma perda muito grande para a família, não somente para a mulher, mas para a família. (E2, 28 anos de serviço)

Os achados do presente estudo corroboram os resultados de uma investigação conduzida no estado do Rio Grande do Sul, envolvendo 26 enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal). Nessa pesquisa, os profissionais relataram que os pais experienciam sentimentos profundos de tristeza e impotência diante da frustração de suas expectativas, especialmente ao se depararem com a impossibilidade de levar seus filhos para casa⁽¹⁰⁾.

A perda de um filho, seja em gestação precoce ou tardia, não afeta apenas a mulher, mas pode gerar um impacto profundo em toda a estrutura familiar, alterando dinâmicas e relações, muitas vezes de forma irreparável. Essa perspectiva é reforçada pela literatura, que evidencia as dificuldades de muitos casais em vivenciar a perda de maneira conjunta. Para alguns parceiros, a falta de compreensão sobre a melhor forma de reagir ou sobre o tempo necessário para o luto pode levar à ausência de apoio emocional recíproco, intensificando o sofrimento⁽¹¹⁾.

Fragilidades na assistência prestada diante do luto perinatal

Pelo fato de interferir diretamente na construção das percepções e nos sentimentos das profissionais enfermeiras em relação ao luto, torna-se imprescindível investir em uma formação que as capacite a abordar essa temática com sensibilidade e competência. É fundamental, portanto, uma base teórica consistente, articulada a práticas que valorizem a humanização do cuidado e promovam a comunicação compassiva^(9,12).

Nas falas, a seguir transcritas, observa-se a escassez de preparo para oferecer esse suporte humanizado, evidenciando lacunas na formação e na abordagem pedagógica sobre o tema, o que resulta em fragilidades na assistência prestada em relação ao luto perinatal.

Capaz, meu amor. Eu sou, assim, da turma dos antigos. Eu falo que a graduação, hoje, ela tem um olhar completamente diferente. Na minha época, era

extremamente tecnicista, o enfermeiro, ele era um ser que não se envolvia emocionalmente, foi a vida que me ensinou. (E1, 28 anos de serviço).

Não consigo me recordar na época da graduação de ter abordado esse assunto, e como os estágios não são tão longos, não me lembro de ter vivenciado isso. Como estagiários de enfermagem, com um assunto tão delicado de se abordar, somos deixados um pouco de lado, pra não invadir o espaço da mulher. (E4, 6 anos de serviço).

Ah, só teoria, né? Mas quando você chega na prática é diferente. Você vê todo mundo chorando, todo mundo sendo desestabilizado. Como se trabalha assim? (E5, 1 ano e 2 meses de serviço)

A gente vê isso mais na prática, na graduação a gente não vê isso. Quando você chega no setor e você se depara com o óbito fetal, e aí é o momento que você, como enfermeira, tem que buscar estudar, buscar o seu conhecimento, como acolher essa paciente. Geralmente é assim. (E7, 4 anos de serviço)

Esses relatos ilustram como a ausência de preparo adequado impacta diretamente a atuação dos profissionais diante da perda gestacional, e reforçam a urgência de uma abordagem mais ampla e aprofundada sobre o luto perinatal nos cursos de graduação em Enfermagem^(5,12).

Essa lacuna formativa, ao persistir ao longo do tempo, exige que os profissionais desenvolvam suas habilidades de maneira autônoma e, muitas vezes, reativa, apenas após vivenciarem situações de perda gestacional no exercício da prática clínica. Com o passar do tempo espera-se que adquiram recursos emocionais e competências técnicas que lhes possibilitem um manejo mais qualificado do luto perinatal tanto para si quanto para as famílias⁽¹⁰⁾.

Todavia, a inexperiência profissional, a ausência de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltadas ao manejo de situações de perda, além da expectativa de não falhar e de alcançar a cura a qualquer custo, podem favorecer a manutenção de abordagens inadequadas e expor os profissionais a intenso estresse emocional. Esses fatores dificultam o enfrentamento da morte e comprometem a oferta de um suporte efetivo e acolhedor às famílias enlutadas^(12,13).

Os achados do presente estudo revelam uma discrepância preocupante, porque, no setor analisado, apenas algumas enfermeiras tiveram acesso a treinamentos específicos, logo, a maioria

delas atua sem o preparo necessário para enfrentar o impacto emocional e as demandas associadas ao luto.

A gente sempre tem palestras, roda de conversa, que a gente discute muito sobre a perda gestacional, já veio psicólogo conversar como a gente deve agir. (E4, 6 anos de serviço)

Não recebi, e é complicado, porque a pessoa tem que ter muita empatia pelo que a outra está passando. (E15, 2 anos e 6 meses de serviço)

A gente já participou de uma palestra com uma psicóloga e ela falou sobre o luto perinatal, acho que não se enquadra como curso, mas se enquadra como palestra e eu acho que deveria ter mais falando sobre esse assunto. (E13, 6 anos de serviço)

A gente precisa melhorar bastante. E agora conversando com você, percebi que nem todas as pessoas que estão ali foram treinadas. (E14, 18 anos de serviço)

As participantes da presente pesquisa também dizem carregar como um fardo a negligência observada em outros/outras profissionais na condução de práticas sensíveis diante da perda, e com frequência são impactadas pelo silêncio institucional e pela indignação diante das condutas inadequadas que vivenciaram ou presenciaram.

Chegou a paciente com sangramento no primeiro trimestre, falaram que esse paciente era aborto em curso. E levaram para a curetagem sem ultrassom. Resumo, levaram para a curetagem, a criança estava viva. E os próprios técnicos informaram os familiares. A gente fez todo o procedimento de inibição de parto porém com a dilatação total, rompeu a bolsa e nasceu pélvico de 21 semanas e com vida, o médico plantonista não quis investir, só virou e falou “a hora que parar eu faço a declaração de óbito”, na frente dos pais. (E10, 10 anos de serviço).

Era paciente primigesta de 39 semanas, internada por conta de um cardiotoco ruim que ela teve. O cardiotoco se manteve classe 2, foi feito um ultrassom, que veio com algumas alterações. À noite fomos fazer cardiotoco, não tinha mais batimento. Entrou em óbito fetal, foi para cesárea de urgência. Tentamos por 40 minutos fazer a reanimação neonatal, mas sem sucesso. E assim, se a gente pega as literaturas, com dois cardiotocos classe 2 já tem indicação de interrupção de gestação, né? Independente da via. Então, na minha cabeça, foi sim uma negligência, porque se tivesse feito alguma coisa de manhã ou à tarde, talvez esse bebê estaria vivo. (E3, 12 anos de serviço)

A gravidade dessa questão é ressaltada na legislação brasileira, que estabelece penalidades rigorosas para profissionais de saúde envolvidos em práticas negligentes ou condutas inadequadas. De acordo com a Lei nº 7.498/1986, a negligência no exercício profissional pode levar à cassação do registro profissional, conforme estabelece o Código de Ética Profissional de cada categoria⁽¹⁴⁾.

A presença de histórico de práticas institucionais coercitivas não exclui as enfermeiras participantes, as quais relataram marcos em suas carreiras que serviram de alerta para mudança da postura profissional ao lidar com o fenômeno.

Quando recém-formada, uma paciente me chamou e me mostrou um conteúdo no vaso sanitário e vi que era coágulo, e o que eu fiz? Dei descarga, mas essa mulher depois não expulsou mais nada, e depois de um ultrassom foi evidenciado que o aborto foi completo. O que eu como enfermeira fiz com o filho dela? Eu dei descarga. Você pode ter certeza que essa mulher até hoje deve falar “uma enfermeira deu descarga no meu filho”, nem se eu pedisse desculpa uma vida inteira ela não aceitaria. (E4, 6 anos de serviço)

Não estava nem pensando no bebê, estava pensando só na mulher, porque ela corria riscos. Quando o neném nasceu, teve a expulsão do feto, aí falei assim, “traz o saco”. Meu Deus, vou falar que vou colocar o filho dela num saco?. Eu pensei, “gente, eu sempre faço assim, talvez, né? De não ter essa sensibilidade com o bebê.” Daí depois daquele dia eu falei, “nunca mais”. (E14, 18 anos de serviço)

Os achados da presente pesquisa refletem uma realidade que se repete em diferentes contextos. Um estudo conduzido com 100 mulheres, com idades de 20 a 47 anos, em processo de abortamento, evidenciou não apenas a ausência de medidas eficazes para o alívio da dor física, mas também o desamparo emocional e a carência de suporte psicológico, reforçando a dimensão integral do sofrimento vivenciado⁽¹⁵⁾.

As participantes também apontaram a falta de privacidade durante exames e intervenções, episódios de abuso verbal, ausência de acolhimento e culpabilização pela perda gestacional. Ademais, destacaram a inexistência de acompanhamento por pessoa de sua escolha, a escassez de práticas humanizadas e a peregrinação pelos serviços de saúde⁽¹⁵⁾.

Quando há uma perda perinatal, o ideal é que o atendimento seja conduzido por uma equipe

multidisciplinar⁽¹⁾, considerando-se que esse tipo de ocorrência exige abordagens integradas que contemplam as dimensões físicas, emocionais e psicológicas das famílias afetadas. Não obstante, evidencia-se uma discrepância entre essa recomendação e a prática observada na instituição em questão.

As participantes do estudo relataram dificuldades no acionamento oportuno de outros profissionais da equipe multidisciplinar, o que, frequentemente, resulta em um manejo centrado na atuação de um único profissional.

Generalizando, é ausente. Muitas vezes a gente solicita o médico, porque a gente tem a noção... Para a gente solicitar é porque alguma coisa está acontecendo... E muitas das vezes eles não vem. À noite a gente tem muita dificuldade nessa parte. (E15, 2 anos e 6 meses de serviço)

A gente passa por esses problemas de noite e infelizmente não tem suporte. Nós não temos suporte. Tudo de noite acontece, mas não temos suporte suficiente de uma equipe multiprofissional, como por exemplo, um assistente social, um psicólogo, a gente não tem. (E2, 28 anos de serviço)

A gente tem falta de psicólogos. É importantíssimo o psicólogo envolvido com esse projeto. E isso é o que a gente tem dificuldade. Por exemplo, se é um óbito fetal no período da madrugada, no final de semana, é a gente que tenta tranquilizar a mulher. (E14, 18 anos de serviço)

A enfermagem possui papel amplo e complexo no cuidado aos pais enlutados; contudo, essa posição tende a sobrecarregar as enfermeiras, que, em muitos casos, assumem responsabilidades que extrapolam suas atribuições principais, revelando a insuficiência de apoio estrutural⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, uma revisão integrativa destaca a importância de desenvolver competências e habilidades para uma comunicação efetiva entre todos os envolvidos, de elaborar um plano de cuidados que conte com as necessidades da família e da utilização de ferramentas, como a Escala de Confiança em Cuidados de Luto Perinatal, de modo a compreender e apoiar as famílias, permitindo uma avaliação multidimensional⁽¹⁶⁾.

Ressalta-se, ainda, que a ausência de protocolos operacionais padrão (POP) para o manejo multiprofissional do óbito perinatal⁽¹⁷⁾, é uma realidade que também se confirma no presente estudo. A falta de diretrizes claras resultou em práticas conduzidas de modo improvisado, e o lidar

de cada profissional, em qualquer situação, acontece de acordo com sua percepção individual⁽¹⁷⁾. Essa mesma situação é evidenciada no presente estudo, demonstrada na fala de uma das participantes:

[...] Não tem um protocolo específico, é conforme a gente age com a paciente. (E15, 2 anos e 6 meses de serviço)

Essa semelhança com a presente pesquisa ressalta um problema mais amplo, e indica que a ausência de padronização no manejo do luto perinatal é uma dificuldade estrutural presente em diferentes contextos institucionais. Portanto, a EPS mostra-se indispensável para esses profissionais, pois favorece a qualificação contínua na assistência em situações de perda perinatal. Tal necessidade é evidenciada pelos resultados do programa TEARDROP, ao revelarem que grande parte dos profissionais não se sentia suficientemente preparada para comunicar-se com pais enlutados ou conduzir o cuidado diante da perda, apontando significativas lacunas formativas⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, a EPS, além de qualificar a prática e ampliar a segurança e a sensibilidade do cuidado prestado às famílias, também protege a saúde mental dos trabalhadores ao reduzir sentimento de insegurança, sofrimento emocional e risco de desgaste profissional. Assim, consolida-se como estratégia fundamental para o aprimoramento da assistência e a promoção de ambientes de cuidado mais humanizados e seguros⁽¹⁸⁾.

Potencialidades no cuidado às famílias enlutadas

Ao ser conduzido de forma sensível e humanizada, o cuidado prestado às famílias durante o luto perinatal pode transformar a dor da perda em memórias significativas, favorecendo a ressignificação dessa experiência. As práticas de apoio emocional genuíno, que incluem a criação de lembranças e o acolhimento empático contribuem para que as famílias se sintam respeitadas e compreendidas^(19,20).

No contexto do presente estudo, o hospital é reconhecido como Hospital Amigo da Criança, o que reflete uma responsabilidade ainda maior quanto ao manejo do luto perinatal⁽²¹⁾. A instituição é estimulada a alinhar suas práticas aos princípios de respeito, acolhimento e empatia,

atendendo as expectativas das famílias e das próprias diretrizes de cuidado humanizado⁽²¹⁾.

As narrativas das enfermeiras entrevistadas evidenciam o reconhecimento do valor do contato breve dos pais com o bebê falecido como prática de cuidado humanizado.

Já aconteceu de bebês maiores, de praticamente pré-termo, ficarem o máximo que as pacientes desejarem. Não vai ter mais momento futuro. Eu lembro que teve uma paciente cigana. Ela falou “quero trocar a criança”, ela abria a fralda, ela trocava, ela fechava, ela tirava a touca, ela tirava a blusa, deixei o tempo que ela achou que tinha que ficar. (E6, 1 ano e 3 meses de serviço)

Recentemente uma paciente aqui ficou um tempo induzindo. E essa criança nasceu, com vida, mas anencéfalo, ela pediu para não investir. Eles respeitaram, colocaram fitinha, identificaram, preservaram a dignidade da criança. Por mais que ela teve um pouco de sobrevida, ficou uma hora e um pouquinho com vida, a mãe pode ter esse contato com ela, veio o pai, o pai pegou, abençoaram a criança. (E10, 10 anos de serviço)

De acordo com a literatura, possibilitar que os pais convivam com o recém-nascido, mesmo após a morte, permitindo que o conheçam e se despeçam, e oferecer lembranças pertencentes ao bebê, favorece a construção de memórias e a realização de rituais de despedida. Tais práticas contribuem para o processo de adaptação e para a continuidade da vida após a perda⁽²⁾.

Um estudo internacional realizado na Espanha, com 117 enfermeiras, identificou que 94% das participantes consideravam fundamental permitir que o casal permanecesse junto com o bebê, por um período, como uma boa prática no apoio ao luto perinatal. Além disso, 95% relataram adotar a escuta empática como estratégia de cuidado, enquanto 47% afirmaram realizar ações — lavar, vestir e preparar o bebê após o óbito. Já a permissão para a presença de outros familiares foi apontada por apenas 33,3% dos profissionais como uma prática adotada no contexto do cuidado às famílias enlutadas⁽²²⁾.

Em uma revisão sistemática sobre intervenções de enfermagem voltadas ao enfrentamento do luto, os autores identificaram diversas estratégias, entre as quais o incentivo à expressão de sentimentos, o suporte psicosocial, métodos de distração, sessões em grupo, prática de atividade física e ações de educação familiar. Tais intervenções mostram-se

essenciais para favorecer um processo de luto mais saudável e reduzir sintomas de depressão e estresse pós-traumático. A diversidade de abordagens eficazes evidencia, ainda, a importância de um cuidado individualizado, sensível às necessidades específicas de cada família⁽⁴⁾.

No Brasil, atualmente, não há nenhuma lei promulgada para instituir abordagem relativa ao luto perinatal. As diretrizes brasileiras de luto perinatal que existem representam uma adaptação das normas canadenses publicadas pela *Public Health Agency of Canada* por meio do documento *Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines*, o qual fundamenta a importância de proporcionar à família recordações físicas e afetivas da criança falecida, visando facilitar o processo de vivência do luto^(23,24). Em concordância com esse fato, as enfermeiras consideram essa prática uma abordagem padrão aplicável a todos os casos de luto perinatal ocorridos no setor.

Uma mulher que tem ali uma perda, o único registro é aquele. Então, ela não vai ter mais registro daqui pra frente. Eu pergunto quando tá aí, quer tirar uma foto? Porque ela não vai ter registro depois daquilo. (E4, 6 anos de serviço)

A gente tem trabalhado bastante também com a questão da carta, então a gente tá melhorando bastante a nossa assistência com as perdas aqui, e é muito legal. (E8, 15 anos de serviço)

Tem a questão da cartinha que a gente faz, que ela é padronizada. Ái a gente escreve o peso, faz o carimbo do pezinho do bebê, às vezes eu consigo fazer da mãozinha também. Tem também, às vezes eu custumo ofertar a toquinha também do bebezinho, né?. (E12, 2 anos de serviço)

A literatura aponta que os pais reconhecem a dedicação dos profissionais de saúde que propiciam experiências de proximidade e convivência familiar, entendidas como rituais significativos de despedida, os quais favorecem tanto a elaboração do luto quanto o fortalecimento do vínculo com o filho esperado⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, destacam-se algumas estratégias: o registro fotográfico, a coleta de mechas de cabelo, o incentivo ao contato físico com o bebê, o uso de roupas próprias, a expressão da espiritualidade e a inserção em grupos de apoio, práticas consideradas essenciais no acolhimento e na promoção de um luto mais saudável, e que devem ser fomentadas pelas enfermeiras⁽²⁵⁾.

Tal compreensão também se reflete nos relatos de algumas profissionais entrevistadas, que, ao vivenciarem o luto perinatal em suas próprias trajetórias, passaram a incorporar essas práticas em sua atuação, oferecendo um cuidado mais sensível, empático e humanizado.

Estamos fazendo a carta, tem o print, se quiser a fotinha dos pés, se quiser a caixinha de lembrança, o pedacinho do cabelinho, entendeu? Então, é algo que eu gostaria de ter tido dos meus filhos, sabia? Dos meus dois que eu perdi, porque eles só estão na minha lembrança, entende? Eu não consegui ter isso, e eu queria ter. Do mesmo jeito que eu tenho a foto dos dois que são vivos, eu queria ter da mãozinha, do pezinho. Nada que fosse agressivo, nada que doesse aos olhos das pessoas, porque eu não queria que fosse assim. Mas que mostrasse que ele fez parte da minha vida, entendeu? E eles estão melhorando muito nesse sentido aqui. (E1, 28 anos de serviço)

Minha filha nasceu de 32 semanas e ela não sobreviveu. E durante esse processo, eles me tiraram da UTI, me levaram e me colocaram com ela pele a pele. Eu preparei o corpo, eu pude pegar, tirar foto. E eu tento passar isso para as mães que vivenciam o próprio luto materno. (E10, 10 anos de serviço)

As falas das enfermeiras se alinham com a abordagem de outra investigação⁽¹⁷⁾, a qual destaca que a interação entre profissionais de saúde e pacientes, em especial no contexto de luto, muitas vezes é influenciada por questões de gênero. Historicamente, as mulheres são mais associadas ao papel de cuidadoras e mães, o que pode levar à identificação da profissional com a mãe enlutada. Essa identificação pode fortalecer o vínculo emocional e facilitar a compreensão das necessidades emocionais do paciente. Contudo, também representa um desafio, pois pode gerar um envolvimento excessivo, e prejudicar o distanciamento necessário para uma atuação profissional equilibrada⁽¹⁷⁾.

Diante do exposto, constata-se que a literatura evidencia a relevância de que o profissional de saúde reconheça e integre, em sua prática, as

crenças, os valores individuais e os múltiplos significados atribuídos às vivências espirituais e religiosas de cada paciente e de seus familiares diante do processo de morte e de morrer⁽²⁶⁾.

A limitação deste estudo está no fato de que a coleta de dados foi realizada em uma única maternidade de alto risco. Assim, os resultados refletem esse contexto investigado e podem diferir da realidade de outras instituições de saúde, com suas distintas características ou níveis de complexidade.

Esses achados ressaltam a importância de ampliar o escopo de estudos futuros para incluir diferentes contextos e amostras maiores, permitindo uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o luto perinatal constitui um fenômeno intrinsecamente complexo, demandando das profissionais uma abordagem pautada na sensibilidade e na humanização. Essa abordagem, no cenário da maternidade, torna-se ainda mais desafiadora por estar, em sua essência, vinculada à celebração da vida, do crescimento e do desenvolvimento, e a perda gera uma dissonância frente à lógica esperada no cuidado obstétrico e neonatal.

O cuidado ao luto perinatal, portanto, deve abranger tanto o suporte físico quanto o emocional, estendendo-se não apenas às famílias afetadas, mas também às profissionais, que, com frequência, se deparam com desafios emocionais próprios. Em suma, torna-se imprescindível investir na educação permanente, a fim de qualificar as profissionais para lidarem adequadamente com essa situação.

Por fim, evidencia-se a relevância da temática no ensino, na pesquisa e na extensão, com reflexões aprofundadas sobre o luto perinatal, o reconhecimento das demandas emocionais das famílias e a promoção de um acolhimento e de uma escuta empática.

PERINATAL BEREAVEMENT: NURSES' PERCEPTIONS IN AN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY UNIT

ABSTRACT

Objective: to explore nurses' perceptions of perinatal bereavement in an obstetrics and gynecology unit. **Methods:** qualitative descriptive study conducted with 15 nurses from the obstetrics and gynecology unit of a university hospital in Paraná, Brazil. Between June and October 2024, data were collected through semi-structured, audio-recorded interviews, which were transcribed and analyzed using Bardin's thematic content analysis. **Results:** the final sample included 15 participants, all women, aged 24–52 years, with time in practice

ranging from 1 year and 2 months to 24 years. Three categories emerged: Feelings and lived experiences related to perinatal bereavement; Gaps in care in the context of perinatal bereavement; and Strengths in caring for bereaved families. **Conclusions:** findings indicate a lack of professional preparation compromises support for families. They also highlight the need for an approach integrating physical and emotional care, alongside training focused on compassionate care and empathetic engagement, to ensure high-quality, respectful care.

Keywords: Perinatal Death. Obstetric Nursing. Nursing Care. Parents. Family Mourning.

LUTO PERINATAL: PERCEPCIÓN DE ENFERMERAS DE UN SECTOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de las profesionales enfermeras de un sector de Ginecología y Obstetricia acerca del duelo perinatal. **Método:** estudio cualitativo y descriptivo realizado con 15 enfermeras del sector de Ginecología y Obstetricia de un hospital universitario en Paraná/Brasil. Los datos, recogidos en los meses de junio a octubre de 2024, mediante entrevistas semiestructuradas grabadas en audio, fueron transcritos y sometidos al análisis de contenido, en la modalidad temática propuesta por Bardin. **Resultados:** la muestra final estuvo compuesta por 15 participantes, todas del sexo femenino, cuya edad varió de 24 a 52 años, y el tiempo de actuación en la profesión fue de un año y dos meses hasta 24 años. En el análisis se evidenciaron tres categorías: sentimientos y vivencias relacionados al duelo perinatal; fragilidades en la asistencia prestada ante el duelo perinatal; y potencialidades en el cuidado a las familias de luto. **Consideraciones finales:** la investigación señaló que la falta de preparación profesional compromete el apoyo a las familias y destacó la necesidad de un enfoque que integre cuidado físico y emocional, con formación humanizada y acogida empática para garantizar la asistencia respetuosa y de calidad.

Palabras clave: Muerte perinatal. Enfermería Obstétrica. Cuidados de Enfermería. Familia. Duelo.

REFERÊNCIAS

1. Montero SMP, Sánchez JMR, Montoro CH, Crespo ML, Jaén AGV, Tirado MBR. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2011; 19(6):1-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>
2. Rosa R, Gomes IEM, Costa R, Alves IFBO, Aires LCP. Experiences and behaviors of healthcare professionals in the face of neonatal death: an integrative review. *REME Rev. Min. Enferm.* 2022; 26: e1479. Doi: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.41101>
3. World Health Organization. Maternal and perinatal death surveillance and response: materials to support implementation. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240036666>
4. Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM et al.; Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18(11):5587. Doi: 10.3390/ijerph18115587
5. Sousa C, Preto C, Rodrigues P, Anastácio V. Nursing interventions for overcoming perinatal grief. *Millenium - J. Educ. Technol. Health.* 2023; 21(18): e35281. Doi: <http://dx.doi.org/10.29352/mill0218e.35281>
6. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais questões sobre luto perinatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023 Mar 17. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-luto-perinatal>
7. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul. Enferm.* 2021;34:eAPE02631. Doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Andrade IP, Costa CMA, Marta CB, Andrade PCT. The overload due to grief in the experience of nursing professionals: a cross-cross study. *Saúde Colet.* (Barueri). 2024; 14(91): 13466-13477. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2024v14i91p13466-13477>
10. Pires LC, Costenaro RGS, Gehlen MH, Pereira LA, Hausen CF, Neves ET. Parental bereavement: experiences of the nursing staff in neonatal intensive care. *Cogitare Enferm.* 2023; 28:e86643. Doi: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86643>
11. Reis CGC, Olesiak LR, München MAB, Quintana AM, Farias CP. O luto de pais: considerações sobre a perda de um filho criança. *Psicol. Ciênc. Prof. (Impr.).* 2021;41(spe 3):e196821. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003196821>
12. Melo VL, Maia CQ, Alkmim EM, Ravasio AP, Donadeli RL, Paula LOE et al. Death and dying in Brazilian medical training: an integrative review. *Rev. Bioét.* 2022; 30:300-317. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022302526PT>
13. Perboni JS, Zilli F, Oliveira SG. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Pers. Bioét.* 2018; 22 (2). Doi: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>
14. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1986 jun 26. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
15. Coutinho RZ, Guimarães FF, Ferreira MES, Mateus VFD, Souza FG. Violência obstétrica no abortamento: tipificação de relatos de mulheres que tiveram perdas gestacionais em Belo Horizonte - MG entre 2018 e 2021. *Rev. Latinoam. Poblac.* 2025; 19:e202428. Doi: 10.31406/relap2025.v19.e202428
16. Bezerra NA, Santos CNS, Silva ATCSG, Linhares FMP, Morais SCRV. Nursing care for parents who have experienced fetal demise: integrative review. *Rev. Bras. Enferm.* 2024; 77(1):e20220811. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0811pt>
17. Brigagão JIM, Gonçalves R, Silva BMC. A perspectiva de profissionais de saúde sobre os partos de natimortos. In: Congresso Brasileiro de Psicologia, 33.; 2021; São Paulo. Anais. São Paulo: SBP; 2021. p. 120-123. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235676>
18. Leitao S, Helps A, Cotter R, O'Donoghue K, TEARDROP PLRG working group. Development and evaluation of TEARDROP

- a perinatal bereavement care training programme for healthcare professionals. *Midwifery*. 2021; 98 (2021) 102978. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102978>
19. Canadian Pediatric Society. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatr. Child Health*. 2001;6(7):469-490. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2807762/pdf/pch06469.pdf>
20. Koopmans L, Wilson T, Caciattore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; (6):CD000452. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Institui as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm
22. Martínez-García E, Lara-Rodríguez H, ÁlvaMartínez-García E, Lara-Rodríguez H, Álvarez-Serrano MA, González-García A et al. Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain. *Midwifery*. 2023; 124:103749. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103749>
23. Salgado HO, Andreucci CB, Gomes ACR, Souza JP. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil before-and-after study. *Reprod. Health*. 2021; 18(1):5. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>
24. Public Health Agency of Canada. Family-centred care for families who experience perinatal loss: Chapter 7 (Loss and grief). In: *Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines*. Ottawa (ON): PHAC; 2020. Cat.: HP15-50/2020E-PDF. ISBN: 978-0-660-35142-1. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/factsheet-family-centred-care-families-experience-perinatal-loss.html>
25. Xu DD, Zhang GX, Ding XB, Ma J, Suo YX, Peng YY et al. Bereaved parents' perceptions of memory making: a qualitative meta-synthesis. *BMC Palliat. Care*. 2024; 23(1):24. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01339-0>
26. Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Equivalence from the perinatal grief scale to the parental grief scale after the loss of a child. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2022; 21:e59136. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidaude.v21i0.59136>

Endereço para correspondência: Larissa Carolina Segantini Felipin. Avenida Colombo, 5790, Bloco 001. Jardim Universitário. Maringá, Paraná. Telefone: (44)3011-4513; Email: larissafelipin@gmail.com

Data de recebimento: 21/06/2025

Data de aprovação: 08/12/2025