ISSN 0103-7013
Licenciado sob uma Licença Creative Commons

Artigo Científico

dx.doi.org/10.7213/psicolargum.44.126.AO06

PSICOLOGIA Argumento

PUCPRESS

periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento

Desafios e experiências da equipe multiprofissional de saúde frente aos lutos gestacional e neonatal

Challenges and experiences of the multiprofessional health team in gestational and neonatal bereavement

Retos y experiencias del equipo multiprofesional de salud en el duelo gestacional y neonatal

Millena Rayssa Costa Cordeiro [A]

Garanhuns, PE, Brasil

[A] Universidade de Pernambuco (UPE), Programa de Graduação em Psicologia

Érika de Sousa Mendonça [B]

Garanhuns, PE, Brasil

[B] Universidade de Pernambuco (UPE), Departamento de Psicologia

Como citar: CORDEIRO, M. R. C.; MENDONÇA, E. S. Desafios e experiências da equipe multiprofissional de saúde frente aos lutos gestacional e neonatal. *Psicologia Argumento*, 44(126). 1954-1969, 2026. https://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.44.126.AO06

Resumo

No Brasil, o elevado número de perdas gestacionais e neonatais constitui problema de saúde pública, agravado pela frequente invalidação do luto materno e familiar. Este estudo teve como objetivo compreender as experiências, condutas e desafios enfrentados por profissionais de saúde e assistência social diante dos lutos gestacional, perinatal e neonatal, buscando conhecer seus relatos de vivência, os protocolos institucionais adotados, a formação e a colaboração integrada

[a] Discente do curso de Psicologia, e-mail: millena.cordeiro@upe.br

[b] Docente do curso de Psicologia, e-mail: erika.mendonca@upe.br

entre as diferentes categorias profissionais. Trata-se de pesquisa qualitativa e empírica, realizada com 21 profissionais atuantes em um hospital público estadual e quatro Unidades Básicas de Saúde de Garanhuns (PE). A coleta ocorreu por entrevistas semiestruturadas, analisadas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. Emergiram duas categorias: I) vivências, sentimentos e lacunas de formação dos profissionais diante da perda; II) protocolos assistenciais e integração multiprofissional. Os achados mostraram que tais mortes provocam desgaste emocional nos profissionais e conduta pouco assertiva junto aos enlutados, revelando a necessidade de fortalecer competências técnicas e humanísticas e de construir protocolos, embora a Lei nº 15.139/2025 já encaminhe direções. Conclui-se que são necessárias mudanças estruturais e educacionais para garantir um cuidado integral, ético e humanizado às famílias enlutadas.

Palavras-chave: perda gestacional. morte neonatal. luto. profissionais de saúde. vivências.

Abstract

In Brazil, the high number of gestational and neonatal losses constitutes a public health problem, aggravated by the frequent invalidation of maternal and family grief. This study aimed to understand the experiences, conduct, and challenges faced by health and social assistance professionals facing gestational, perinatal, and neonatal deaths, seeking to learn about their accounts of experience, the institutional protocols adopted, the training, and the integrated collaboration among professional categories. This is qualitative and empirical research, conducted with 21 professionals working in a state public hospital and four Basic Health Units in Garanhuns (PE), Brazil. Data collection occurred through semi-structured interviews, analyzed according to Bardin's Content Analysis. Two categories emerged: I) professionals' experiences, feelings, and training gaps facing loss; II) care protocols and multiprofessional integration. The findings showed that such deaths cause emotional distress among professionals and lead to less assertive conduct towards the bereaved, revealing the need to strengthen technical and humanistic skills and build protocols, although Law No. 15.139/2025 already provides directions. It is concluded that structural and educational changes are necessary to guarantee comprehensive, ethical, and humanized care for bereaved families.

Keywords: *pregnancy loss. neonatal death. grief. health professionals. experiences.*

Resumen

En Brasil, el alto número de pérdidas gestacionales y neonatales constituye un problema de salud pública, agravado por la invalidación del duelo materno y familiar. Este estudio tuvo como objetivo comprender las experiencias, conductas y desafíos enfrentados por profesionales de la salud y la asistencia social ante las muertes gestacionales, perinatales y neonatales, buscando conocer sus relatos de vivencia, los protocolos institucionales adoptados, la formación y la colaboración integrada entre las categorías profesionales. Investigación cualitativa y empírica, realizada con 21 profesionales de un hospital público estatal y cuatro Unidades Básicas de Salud de Garanhuns (PE), Brasil. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, analizadas según el Análisis de Contenido de Bardin. Surgieron dos categorías: I) vivencias, sentimientos y carencias formativas de los profesionales ante la pérdida; II) protocolos asistenciales e integración multiprofesional. Los hallazgos mostraron que estas muertes causan angustia emocional en los profesionales y conducen a una conducta menos asertiva hacia los dolientes, revelando la necesidad de fortalecer las habilidades técnicas y humanísticas y de construir protocolos, si bien la Ley n.º 15.139/2025 ya establece directrices. Se concluye que se requieren cambios estructurales y educativos para garantizar una atención integral y humanizada a las familias en duelo.

Palabras clave: *pérdida gestacional. muerte neonatal. duelo. profesionales de salud. vivencias.*

1. Introdução

As perspectivas, valores e condutas relacionadas à inevitabilidade da morte informam muito acerca da existência humana, individual ou coletivamente organizada. A sociedade segue em funcionamento apesar da morte, resistindo a ela, mas ao mesmo tempo se reconstruindo a partir dela, com ela e através dela. Para a humanidade, a morte se manifesta ao longo de toda a trajetória e é acompanhada por práticas ritualísticas de despedida, sendo uma constante concreta e fundamental no cotidiano, como afirma Morin (1970).

Do outro lado, ao pensarmos na vida, podemos nos dirigir até a concepção de um bebê e todas as expectativas advindas deste acontecimento. No período gestacional, ocorrem adaptações fisiológicas, psicológicas e sociais que repercutem no funcionamento emocional da mulher e em suas relações; a maneira como ela lida com essas transformações influencia diretamente o desenvolvimento da maternidade e o vínculo que se constrói entre mãe e bebê (Piccinini, Lopes, Gomes & De Nardi, 2008).

Contudo, nem sempre o desfecho de uma gestação é vida que chega e continua. Neste contexto, estamos diante de uma perda gestacional e/ou neonatal, evidenciada pela morte prematura de um feto ou bebê, ainda na vida intrauterina ou logo após o nascimento. Aqui, também é preciso relativizar: nem toda interrupção da gravidez é vivida como sofrimento, pois isso depende de como a gestação foi concebida e recebida por cada mulher, o que explica, inclusive, por que há mulheres que recorrem à interrupção voluntária da gravidez como forma de lidar com uma gestação não desejada.

Assim, embora a perda gestacional seja causa de sofrimento e configure luto para grande parte das mulheres, isso não pode ser afirmado de modo categórico e universal: para a gestante que vivencia a perda como ruptura de um vínculo e de um projeto, ela se configura como um acontecimento inesperado que rompe expectativas e sonhos, provocando impactos emocionais a ela e aos seus familiares, e a vivência do luto.

É importante, no entanto, distinguir conceitualmente perda e luto, para não os tomar como sinônimos automáticos. Bowlby (1980) e Parkes (2001), a partir da teoria do apego, compreendem o luto como a resposta emocional ao rompimento de um vínculo afetivo significativo, e não como decorrência automática de qualquer perda.

Nessa direção, uma perda pode ser sentida, lamentada, despertar solidariedade e compaixão, sem que necessariamente configure um processo de luto, este que se relaciona precisamente à ruptura de um vínculo e à quebra do que Parkes (2001) chama de “mundo presumido”, o conjunto de expectativas e certezas sobre o futuro que a pessoa enlutada precisa reconstruir. Gesteira, Barbosa e Endo (2006), em consonância com essa perspectiva, caracterizam o luto como uma resposta natural e previsível diante da ruptura de um vínculo, cuja finalidade é possibilitar a reorganização dos recursos emocionais e facilitar a adaptação às transformações resultantes da perda. No contexto de uma gestação desejada, um vínculo se firma entre as figuras parentais e o feto/bebê que está por vir. Quando há o abortamento ou a morte precoce, o processo de enlutamento, provocado pelo vazio e perda das expectativas, ocorre.

De acordo com dados sobre mortalidade fetal no Brasil, coletados pelo Ministério da Saúde por meio do DATASUS, entre 2011 e 2021 foram registrados 299.488 óbitos fetais no país; em casos de abortamentos, perdas ocorridas com fetos de idade gestacional inferior a 22 semanas ou peso inferior a 500g, o total foi de 40.417 (Brasil, 2023).

Estes tipos de perda, por não serem amplamente reconhecidos pela sociedade como uma experiência de luto legítima, tratados, equivocadamente, como “uma vida que não chegou a viver” (fora do útero), acabam sendo silenciados, o que pode agravar as respostas emocionais da mulher. Doka (2002) denomina esse fenômeno de luto desautorizado (*disenfranchised grief*): um luto que a sociedade não reconhece ou não legitima plenamente, privando quem sofre do amparo social, dos rituais coletivos de despedida e do espaço para elaborar a dor abertamente. O que é, com frequência, o caso das perdas gestacionais e neonatais. Para a psicologia, o alívio ao sofrimento emocional decorrente de uma perda está relacionado à capacidade de expressar a dor, devendo esta ser reconhecida, sentida e assimilada, e jamais reprimida (Gesteira et al., 2006).

Estudos empíricos já realizados no Brasil e no exterior têm buscado compreender como profissionais de saúde vivenciam e conduzem estas situações. Montero et al. (2011), na Espanha, evidenciaram que profissionais de saúde tendem a direcionar sua atenção aos cuidados físicos como forma de aliviar a própria angústia diante da morte perinatal, adotando posturas de distanciamento emocional. No Brasil, Lemos e Cunha (2015) identificaram, junto a profissionais de maternidade, sentimentos de impotência, tristeza e despreparo técnico-emocional diante do óbito neonatal, além da ausência frequente de espaços institucionais de apoio a esses profissionais. Da Silva et al. (2021) também apontaram fragilidades na comunicação de más notícias no contexto perinatal, reforçando a necessidade de capacitação específica.

Esses achados dialogam com os de Salbego et al. (2022), para quem práticas coletivas, reflexivas e educativas, como rodas de diálogo, suporte institucional e formação contínua, têm se mostrado eficazes para reduzir o impacto emocional da morte sobre profissionais de saúde. Ainda assim, tais estudos são relativamente escassos no país, sobretudo no que se refere à escuta de profissionais da assistência social e da atenção básica, e à existência (ou ausência) de protocolos institucionais formais, lacuna que o presente estudo busca tratar.

Em hospitais, o cuidado prestado está, em grande parte, direcionado à luta pela vida, concentrando esforços em sua manutenção e continuidade. Dessa forma, o atendimento à gestante e à família em luto muitas vezes não é percebido como demanda prioritária pelos profissionais que atuam neste contexto. A experiência da perda gestacional ou neonatal, por vezes mal assistida e mal amparada, inclina-se a desestruturar a família e gerar repercussões também na instituição hospitalar, deixando essa família enlutada sem espaço físico e sem suporte emocional adequado no âmbito da maternidade.

A forma como cada profissional de saúde ou da assistência social lida com as situações de morte e o desamparo provocado pela perda está atrelada a fatores como sua vivência pessoal, experiências anteriores com a morte e seu processo de enfrentamento do luto; os valores culturais que influenciam sua visão sobre a finitude e a maneira de expressar o sofrimento; além de sua qualificação acadêmica e dos treinamentos recebidos ao longo da atuação profissional (Kovács, 2010). De acordo com Vasconcelos e Dutra (2020), o encontro com a finitude da vida, neste contexto, leva os profissionais envolvidos a sentirem-se frustrados e impotentes, uma vez que a interrupção de uma vida, de forma tão precoce, contraria a ordem natural do ciclo vital.

Diante desse cenário, e considerando a necessidade de oferecer assistência integral à saúde da mãe e da família envolvidas no processo de morte gestacional e/ou neonatal, com suporte físico e emocional adequado e humanizado, com base em evidências científicas sobre a temática, o presente estudo teve como objetivo geral compreender as experiências, condutas e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e da assistência social diante dos lutos gestacional e neonatal, atuantes tanto no âmbito hospitalar quanto na atenção básica, por comporem uma rede multidisciplinar de acompanhamento à família enlutada.

Seguimos, então, conduzidas pela questão: como profissionais atuantes em hospitais e unidades básicas de saúde são afetados por tais ocorrências, e quais seus dispositivos técnicos e socioemocionais no trato das famílias em situação de morte do feto/bebê?

Para responder a essa questão, o estudo buscou, especificamente: 1) conhecer os relatos de vivências desses profissionais junto às famílias enlutadas na situação pós-perda; 2) analisar os protocolos internos adotados nos hospitais e nas unidades de saúde em que atuam; 3) investigar a formação, a capacitação e as habilidades socioemocionais destes profissionais para lidar com o luto gestacional e neonatal; e 4) identificar de que forma ocorre a colaboração integrada entre diferentes profissionais da saúde e da assistência social no auxílio às famílias que vivenciam as perdas gestacional, perinatal e/ou neonatal.

2. Método

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e empírica, realizada com profissionais da saúde e assistência social que atuam com gestantes e neonatos, em um hospital e em unidades básicas de saúde de Garanhuns, cidade de grande porte, situada na região do Agreste Meridional de Pernambuco. Caracterizado pela busca da compreensão dos fenômenos humanos, o método qualitativo utiliza o ambiente natural do indivíduo como espaço de análise, e considera o pesquisador como parte integrante do próprio instrumento de estudo (Turato, 2003). Ademais, a pesquisa empírica se define por objetivos específicos de análise, visando à coleta e organização de dados, e à interpretação descritiva dos resultados obtidos (Epstein & King, 2014).

2.1 Participantes

Compuseram esta pesquisa 21 profissionais da área da saúde e assistência social, sendo cinco enfermeiras, uma técnica de enfermagem, um nutricionista, duas assistentes sociais, seis psicólogos(as), três agentes comunitários de saúde e três médicas. O número reduzido de assistentes sociais entrevistadas (dois) se deve ao fato de que apenas o setor de maternidade do hospital dispõe desta categoria profissional, não tendo sido localizados assistentes sociais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo, no período da coleta. Dos 21 participantes, 20 eram mulheres e um homem; a faixa etária variou de 27 a 63 anos; a renda pessoal prevaleceu de três a cinco salários mínimos; e o tempo de atuação na rede de saúde variou de um mês e duas semanas a 35 anos.

Todos os profissionais participantes do estudo são efetivos (concursados) em suas instituições, com exceção das médicas, que atuam por contrato temporário. Observa-se, ainda, que o maior número de profissionais que atuam neste âmbito de cuidado é composto por mulheres. A ocupação feminina em ambientes de trabalho na área da saúde está correlacionada às funções e aos deveres associados a esse gênero: culturalmente, recai sobre as mulheres a responsabilidade pelo cuidado na sociedade, seja na administração do lar, na educação das crianças, no amparo a idosos e doentes ou no setor da saúde, ocupando posição de destaque na linha de frente dessas atividades (Buss, Alcázar & Galvão, 2020).

A seguir, uma caracterização das participantes do estudo, sendo aquelas identificadas de 01 a 12, atuantes na maternidade; já as profissionais identificadas com numeração entre 13 e 21, atuam nas Unidades Básicas de Saúde.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

Profissão	Idade	Raça/cor	Gênero	Tempo de formação	Tempo de atuação	ID
Enfermeira	49	Branca	Mulher cisgênero	Há 25 anos	25 anos	E.1
Técnica de enfermagem	62	Preta	Mulher cisgênero	Há 35 anos	35 anos	E.2
Nutricionista	27	Parda	Mulher cisgênero	Há 3 anos	1 mês e meio	E.3
Psicóloga	28	Branca	Mulher cisgênero	Há 4 anos	1 mês e meio	E.4
Enfermeira	31	Parda	Mulher cisgênero	Há 7 anos	6 anos	E.5
Enfermeira	31	Parda	Mulher cisgênero	Há 4 anos	5 anos	E.6

Enfermeira	37	Branca	Mulher cisgênero	Há 10 anos	5 anos	E.7
Enfermeira	46	Parda	Mulher cisgênero	Há 20 anos	1 mês	E.8
Assistente social	46	Branca	Mulher cisgênero	19 anos	1 mês e meio	E.9
Assistente social	26	Parda	Mulher cisgênero	4 anos	2 meses	E.10
Psicólogo	42	Branco	Homem cisgênero	16 anos	6 anos	E.11
Psicóloga	63	Branca	Mulher cisgênero	40 anos	23 anos	E.12
Agente de saúde	60	Branca	Mulher cisgênero	30 anos	30 anos	E.13
Médica	28	Branca	Mulher cisgênero	2 anos	8 meses	E.14
Agente de saúde	30	Parda	Mulher cisgênero	13 anos	13 anos	E.15
Psicóloga	44	Parda	Mulher cisgênero	18 anos	15 anos	E.16
Agente de saúde	53	Parda	Mulher cisgênero	20 anos	20 anos	E.17
Médica	29	Parda	Mulher cisgênero	2 anos	2 anos	E.18
Psicóloga	30	Parda	Mulher cisgênero	1 ano	1 ano	E.19
Psicóloga	28	Branca	Mulher cisgênero	2 anos	1 ano	E.20
Médica	34	Branca	Mulher cisgênero	4 anos	3 anos	E.21

Nota. ID = identificação da(o) participante nas entrevistas. Elaborado pelas autoras.

2.2 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

O instrumento de coleta e construção de dados foi um roteiro de entrevista individual, semiestruturada, composto por 13 perguntas, elaboradas com foco em quatro eixos temáticos: (a) experiências e sentimentos vividos diante de situações de perda gestacional, fetal ou neonatal; (b) protocolos e rotinas institucionais adotados nesses casos; (c) formação, capacitação e recursos socioemocionais mobilizados pelos profissionais; e (d) percepção sobre a atuação e a colaboração da equipe multiprofissional.

Em um único encontro com cada profissional, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizada a entrevista, gravada em áudio para posterior transcrição e análise, com autorização dos participantes.

2.3 Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram submetidos a uma análise qualitativa, com base no método de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que contempla a divisão de um texto em partes, a fim de possibilitar a identificação e a organização destas unidades em categorias objetivas de análise textual. Foram realizadas as etapas de pré-análise, com leitura de materiais, formulação das hipóteses e objetivos, e preparação dos instrumentos; na sequência, ocorreu a exploração do material, organizado de acordo com a codificação e análise das entrevistas; por fim, o conteúdo foi analisado por meio da formulação de tabelas de resultados para organizar as informações provenientes da análise.

Seguindo a análise do conteúdo produzido nas entrevistas, este foi organizado em categorias, por grupos de semelhança, tendo como guias os objetivos específicos do projeto de pesquisa. Com o agrupamento, houve o surgimento de subcategorias mais específicas, correspondentes aos quatro objetivos específicos apresentados na introdução. Após esta etapa, inferências foram construídas sobre o material produzido, e articuladas à revisão bibliográfica, dialogando com achados de estudos anteriores.

2.4 Aspectos éticos

Para a condução da pesquisa, obteve-se a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE número 81286924.2.0000.0128, com atenção às diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. Obteve-se, ainda, a anuência da Secretaria de Saúde do município e das instituições participantes: um hospital público estadual, com maternidade, onde se registram óbitos fetais e neonatais ou para onde são encaminhadas mães que enfrentam tais perdas, com atuação regional; e quatro das 41 Unidades Básicas de Saúde do município.

3. Resultados e Discussão

A morte de um bebê, seja antes ou logo após o nascimento, traz consigo uma ausência significativa para os pais, devido à vinculação afetiva e às expectativas construídas. No caso da mulher gestante/puérpera, as mudanças físicas e hormonais experimentadas ampliam a complexidade de emoções e um provável sofrimento psíquico adaptativo se instala durante este processo. Assim é que resultam diversas reações sociais e psicológicas no contexto dos lutos gestacional e neonatal, principalmente para as figuras parentais.

No contraponto, esta família enlutada depara-se, por vezes, com a invisibilidade social do luto vivido, o que acentua o sofrimento, visto que o não reconhecimento vem por meio de uma sociedade que estabelece normas explícitas ou implícitas de comportamentos e ações ao enlutado (Doka, 2002), este que acaba por não ser acolhido em sua manifestação de sentimentos e comportamentos, e o seu luto não é validado.

A partir destes fatores psicossociais, a assistência à família inclui o suporte emocional adequado dos profissionais da saúde que noticiam ou recebem a mulher em estado de perda gestacional ou neonatal. Nessa perspectiva, é indispensável uma qualificação específica sobre o luto perinatal, além de habilidades comunicativas e estratégias de apoio a serem desenvolvidas por toda a equipe multiprofissional, como refletem Montero et al. (2011).

Com base nos quatro objetivos específicos que guiaram a investigação, foram localizados subtemas a partir da análise das narrativas produzidas pelos participantes nas entrevistas, sistematizados em duas categorias de discussão: 1) vivências, sentimentos e lacunas de formação dos profissionais diante da perda (reunindo os objetivos específicos 1 e 3); e 2) protocolos assistenciais e a colaboração integrada entre profissionais da saúde e assistência social (reunindo os objetivos específicos 2 e 4). Iniciaremos agora sua análise.

3.1 Vivências, sentimentos e lacunas de formação dos profissionais

No ambiente hospitalar da maternidade, é comum que as pessoas construam expectativas associadas a aspectos positivos, em que o parto é tido como um acontecimento de emoções agradáveis, envolvendo o nascimento de bebês saudáveis e a consequente realização e alegria dos pais e familiares. No entanto, a maternidade também pode ser cenário de outras experiências relacionadas à gestação e ao nascimento, permeadas por vivências desafiadoras, especialmente quando há uma perda gestacional, um óbito fetal ou uma morte neonatal. Uma das entrevistadas, atuante no hospital, assim narrou sua experiência:

> Assim, nunca é fácil, né? É um desafio, principalmente porque estamos falando de morte. E de morte de um bebê, que sempre é associada à vida. Então, a gente nunca espera que um bebê ou a gestação não vá ocorrer. Porque a maternidade sempre se associa com vida, né? Mas é muito comum acontecer (E.4).

Por meio da realização desta pesquisa, foi possível perceber que os profissionais de saúde e serviço social relataram dificuldades emocionais ao lidar com as mortes gestacional, fetal e neonatal: mencionaram o sentimento de dificuldade diante da dor das famílias e o abalo ao passar pelas situações de luto junto aos pais: *"Não é fácil, nem quando a perda é muito recente, tipo, com poucas semanas. E muito menos quando já é um feto formado, a termo, né? Que já é o tempo certinho de nascer" (E.5).*

No contexto destas mortes, os profissionais de saúde e do serviço social nem sempre apresentam o preparo técnico e emocional necessário para lidar com as famílias enlutadas e com os próprios sentimentos, tendo dificuldades para manejar o sofrimento associado. Assim, existem divergências de condutas entre membros da equipe ao lidarem com a situação, já que isso está interligado às próprias habilidades em relação à vivência, além das características pessoais de cada um.

Como já apontado (Vasconcelos & Dutra, 2020), o encontro com a finitude da vida, neste contexto, leva os profissionais envolvidos a sentirem-se frustrados e impotentes. Diante de tal cenário, a frustração e o sentimento de perda são experimentados pelos profissionais, sendo perceptível a dificuldade em lidar com a morte, ficando vulneráveis à tristeza e sofrimento do momento, ainda que adotem maneiras de enfrentamento com o propósito de minimizar o desgaste físico, emocional e mental. A adoção de práticas coletivas, reflexivas e educativas ajuda os profissionais a enfrentarem a tristeza, o sofrimento e a vulnerabilidade associada ao luto no ambiente de trabalho: rodas de diálogo, suporte institucional e formação contínua são medidas comprovadas para reduzir o impacto da morte no bem-estar dos profissionais de saúde (Salbego et al., 2022).

Ao conduzir casos de perda gestacional, fetal ou neonatal, profissionais de saúde e serviço social lidam não apenas com as incertezas inerentes ao desfecho clínico, mas também com a limitação do conhecimento científico e o sofrimento (e, por vezes, também cobranças e culpabilizações) dos familiares enlutados. O impacto de vivenciar uma situação de morte pode se tornar marcante: o profissional, por mais capacitado e experiente que seja, pode se deparar com um limite pessoal/emocional em sua atuação, o que se evidencia nos relatos a seguir, de duas profissionais atuantes no hospital:

> Foi bem difícil. Eu não consegui ficar certo na situação, porque foi algo que me comoveu bastante. E eu não consegui atuar. Aí eu me retirei, porque estava muito pesado, muito pesado mesmo. Eu não consegui ficar (E.7).

> No início foi um tanto complicado, porque como a gente chega no quarto como agente social, a gente tenta dar o maior conforto dentro das possibilidades como profissional pra aquele momento. E a gente lida com perguntas que muita gente, às vezes, naquele momento, não quer responder (E.10).

Os profissionais de saúde e serviço social que atuam em maternidades acompanham as pacientes e suas famílias de maneira contínua e próxima, no momento agudo da perda. Por isso, é essencial que recebam preparo adequado para conduzir o processo, oferecendo suporte tanto nos aspectos de comunicação empática, quanto no acolhimento, na paciência, nos esclarecimentos e na afetividade e encaminhamentos possíveis. Assim, humanizar e dar dignidade à vivência do luto gestacional torna-se um desafio profissional, exigindo sensibilidade e preparo ao cuidado prestado.

As dificuldades, tanto no âmbito profissional quanto pessoal, para lidar com o processo de luto são reflexo, também, de uma cultura que evidencia a vida e a alegria, e acabam impactando a qualidade da assistência prestada, pois podem emergir emoções como frustração, sensação de ineficácia, impotência e incapacidade, que comprometem o desempenho do profissional em sua função (Fernandes et al., 2021).

Por meio das narrativas dos entrevistados, como também através da leitura de seus gestos e expressões durante a condução da entrevista, foi perceptível que é uma experiência difícil lidar com pais que passam por uma situação de morte gestacional ou perinatal. Foram encontradas diferentes reações no que diz respeito aos sentimentos de profissionais de saúde e assistência social ao atuarem com o luto. A tristeza e a impotência foram as emoções mais destacadas, evidenciando que as mortes gestacional, fetal ou neonatal representam um momento revestido de sentimentos convergentes entre equipe e família.

Os profissionais da área da saúde frequentemente possuem um dever de manutenção da vida, o que contribui para a dificuldade de muitos em lidar com o falecimento, experimentando medos e angústias que, em diversas ocasiões, sequer são externalizados (Pires, 2010), como indicam os relatos a seguir:

> Assim, é triste, né? A gente, como profissional, lamenta, né? A gente percebe como as mulheres se sentem. E a gente acaba se entristecendo, lamentando (E.6).

> Não foi fácil, porque ela estava muito mal e ela não queria ter perdido esse bebê. E eu não sabia nem o que dizer a ela [...] me afastei (E.8).

Os profissionais vivenciam um impacto emocional significativo, pois estão diretamente envolvidos em momentos de dor profunda para as famílias. Esse impacto pode se manifestar de diferentes formas, prevalecendo o sentimento de impotência: este pode surgir quando a equipe se empenha em ajudar a família, mas não obtém sucesso, o que gera desgaste emocional para os profissionais (Subutzki, De Lurdes Lomba & Backes, 2018), como exposto a seguir:

> Difícil, né? Porque tem mulheres que sentem muito, tem mulheres que nem tanto, mas independente do sentimento que ela expressa nesse momento, a gente nunca sabe como é que está por dentro (E.9).

> Elas são impactantes, porque qualquer notícia de uma pessoa que sabe que um ente querido morreu, na hora da comunicação dessa notícia, por mais que a pessoa ou espere, ou já venha se preparando para aquele luto, ou seja pego de surpresa, é sempre impactante (E.11).

Embora o impacto emocional seja inevitável, existem formas de conduzir a assistência com qualidade e sensibilidade, por meio do reconhecimento do impacto que a perda gestacional causa no próprio profissional, com o objetivo de evitar que o sofrimento interfira negativamente na assistência. Há, ainda, outras estratégias para um acolhimento humanizado: oferecer atendimento respeitoso e comunicação empática, utilizando-se de palavras sensíveis; evitar frases que invalidam o luto dos pais; e respeitar o tempo de processamento da informação, com paciência e acolhimento às reações emocionais da família. Da Rosa et al. (2022) propõem, ainda, um atendimento multiprofissional com o serviço social da instituição, rodas de conversa entre a equipe multiprofissional e suporte por meio do atendimento psicológico.

Durante as entrevistas, houve relatos de implicações emocionais da equipe, sensibilizando-se com as mortes ocorridas. Mas também foi possível observar falta de empatia, manifestada em forma de distanciamento emocional.

Por meio dos relatos, foi notório que alguns profissionais buscavam evitar o envolvimento direto, delegando o atendimento a outros profissionais, atuando em outro setor do hospital e limitando sua atuação aos aspectos técnicos e biológicos do cuidado. Essa postura, embora possa ser uma estratégia de autoproteção, pode comprometer a qualidade da assistência prestada, deixando as pacientes em luto sem o acolhimento necessário.

Para Montero et al. (2011), os profissionais da saúde tendem a direcionar sua atenção aos cuidados físicos, evitando o envolvimento emocional como forma de aliviar a própria angústia. Assim, em diversos momentos, sua atuação não se mostra adequada, revelando uma abordagem distante, quase fria, e negando a significância da perda, sobretudo em gestações iniciais, como exemplifica a narrativa de uma profissional atuante no hospital:

> É bem dolorido, né? É dolorido mais pra mãe que sente esse luto e o que eu observo é que nós profissionais, a gente às vezes, é muito... a gente não dá o devido, é... vamos dizer assim, a gente não é muito empático a isso, porque pra gente é só mais um dia (E.1).

Diante dessa fala, é possível notar uma questão importante a ser discutida: a disponibilidade pessoal para acolher e ouvir o sofrimento da paciente. O relato parece indicar que, mesmo ciente do momento difícil e dos aspectos emocionais referentes à perda, o profissional está em mais uma rotina de trabalho, na qual, para ele, é natural vivenciar momentos em que ocorrem mortes, e seu propósito está voltado para a ação de sua função em relação aos cuidados físicos, o que leva esses profissionais a assumirem uma postura distante, além de preferirem não se envolver nessas situações (Lima & Costa Júnior, 2015).

Destaca-se, aqui, o relato de uma médica que ainda não havia vivenciado um caso de perda gestacional, o que pode tornar o atendimento qualificado ainda mais difícil, pois a ausência de experiência prévia pode intensificar sentimentos de insegurança, incerteza e impotência:

> Imagino que seja uma situação angustiante para mim, e que me deixaria muito desconfortável, mas que também dependeria de como a paciente estivesse lidando com a perda, pois cada uma pode agir de uma forma, o que influencia no nosso comportamento como profissional da saúde para lidar com a situação (E.18).

Ao contrário de muitas áreas médicas, onde o foco está no tratamento de doenças e emergências, os profissionais que atuam na assistência perinatal lidam, predominantemente, com eventos considerados saudáveis, naturais e aguardados com boas expectativas. No entanto, quando ocorre uma perda gestacional, perinatal ou neonatal, o impacto emocional e a necessidade de adaptação dos profissionais são profundos, tornando o manejo da situação particularmente exigente.

Presenciar a morte fetal ou de um bebê representa um desafio para profissionais de saúde e da assistência social. Ter habilidades para comunicar a perda, demonstrar respeito e oferecer suporte aos familiares é fundamental para garantir um atendimento humanizado. Para isso, não basta compreender as necessidades, características e especificidades dos lutos gestacional, perinatal ou neonatal: é imprescindível também dispor de planejamento adequado e de preparo técnico, permitindo que os profissionais conduzam a situação de maneira sensível e eficaz (Da Silva et al., 2021):

> Assim... não dá para dizer que eu sinto o mesmo, porque quem está perdendo mesmo é ela. Como profissional, eu vou tentar, como já disse, uma palavra, a única coisa que eu posso fazer é abordar, né, e conversar com ela (E.2).

> Pra mim é uma vivência onde eu reconheço o processo de luto, mas assim, eu não tenho dificuldades em lidar, em levar a pessoa a refletir, se ela quiser. Tanto pelo conhecimento que eu tenho na área de psicologia, do processo de luto, como por eu ter vivenciado (E.12).

Já entre profissionais que atuam na atenção básica, o contato com o luto se dá em outro momento da trajetória da família: não no instante agudo da perda, mas nas semanas ou meses seguintes, por meio da visita domiciliar e do

acompanhamento continuado da mulher e da família. Dois participantes das Unidades Básicas de Saúde relataram que o luto é tratado como um evento intrínseco à prática profissional, sem uma atuação específica nesses casos:

> [...] Mas assim, a gente trata do luto como uma forma normal, como uma coisa natural diante de tantas outras demandas que a gente tá tendo todos os dias (E.19).

> [...] Para mim, eu não tive muita dificuldade assim que comecei a trabalhar, nem tenho hoje muita dificuldade, por causa desse apoio que eu tive na faculdade e continuar ainda, né, me motivando a reciclar, renovar o meu conhecimento (E.16).

Essa diferença sugere que o momento e o tipo de contato com a perda, a comunicação da má notícia e o cuidado imediato no hospital, versus o acompanhamento longitudinal na atenção básica, modulam de formas distintas o impacto emocional e as estratégias de enfrentamento dos profissionais, ainda que a naturalização do luto como parte da rotina apareça em ambos os níveis de atenção. O luto tende a ser encarado como aspecto inerente à rotina dos profissionais de saúde, sem necessariamente haver espaço estruturado para acolhimento e reflexão sobre seu impacto emocional. As narrativas destacadas evidenciam essa naturalização do luto na prática profissional, o que pode levar a uma abordagem mecanizada e distanciada diante da dor das famílias. Santos et al. (2012) apontam que profissionais da saúde desenvolvem mecanismos de distanciamento emocional para lidar com a morte, como forma de manter a produtividade e minimizar o impacto psicológico, realidade que também nos pareceu vivida por parte expressiva dos participantes desta pesquisa.

Quanto à formação e à capacitação para lidar com essas situações, muitos profissionais relataram sentir-se despreparados para lidar com a complexidade emocional dessas mortes, reconhecendo a necessidade de capacitações específicas voltadas a esses lutos, necessidade, em geral, suprida por iniciativa e busca pessoal, e não por oferta institucional estruturada. Nesse cenário, torna-se indispensável investir em formações continuadas e em políticas institucionais que incorporem a temática dos lutos gestacional, perinatal e neonatal na prática profissional. A qualificação da equipe não deve se restringir a aspectos técnicos, mas abarcar também dimensões emocionais e sociais do cuidado, além do acolhimento profissional a eles mesmos.

Observa-se, ainda, que o maior número de profissionais que atuam neste âmbito de cuidado é composto por mulheres (ver caracterização da amostra, na seção Método). Considerando-se que este estudo teve participação expressiva de mulheres, muitas delas também mães, que cuidam de outras mulheres em um momento sensível, o da morte de seus bebês, não podemos desconsiderar esta possível interferência em seus relatos, no que toca a seus abalos emocionais diante de casos de óbito gestacional ou neonatal.

Nesse contexto, ganha relevância a discussão sobre protocolos assistenciais e sobre a necessidade de uma atuação integrada entre os diferentes profissionais da saúde e da assistência social, de modo a garantir um cuidado mais humanizado, ético e efetivo.

3.2 Protocolos assistenciais e a colaboração integrada entre profissionais da saúde e assistência social

De acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência à saúde deve ser fornecida com base em referenciais éticos e legais. Portanto, em toda situação de abortamento, o cuidado à saúde da mulher deve ser assegurado como prioridade, promovendo a atuação integrada de diferentes profissionais e, acima de tudo, preservando o respeito à sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade ética e moral para tomar decisões. É fundamental eliminar preconceitos, estigmas e qualquer forma de discriminação que possam comprometer ou desumanizar esse atendimento (Brasil, 2005).

Nessa direção, em todas as entrevistas realizadas foi ressaltada a importância da atuação multiprofissional no atendimento às famílias que vivenciaram perdas gestacional, perinatal e/ou neonatal, destacando-se como essa integração contribui tanto para a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes, quanto para o fortalecimento da própria equipe de saúde:

> A gente convida a equipe multiprofissional a estar dando essa assistência, psicologia e serviço social (E.1).
>
> O psicólogo, o próprio médico deveria ter um olhar voltado para o emocional, não só fisiológico. A equipe de enfermagem também deveria ter essa... Essa escuta. E eu, como nutricionista e residente (E.3).
>
> Olha, eu chamaria psicólogo, assistente social, enfermeiro, médico obstetra, porque é um luto gestacional. Chamaria até o capelão, porque o capelão ele dá uma assistência à dimensão espiritual da pessoa que está ali. Então, nesse momento ele tem muito a contribuir também (E.11).

Este trecho do relato de "E.3" reflete que, além do psicólogo e do médico, normalmente associados ao cuidado emocional e físico, respectivamente, toda a equipe deve estar preparada para lidar com o sofrimento e o luto. Isso aponta para a necessidade de capacitação e sensibilização interprofissional.

A necessidade de um cuidado integral, colaborativo e sensível à dor da perda é destacada por quase todos os entrevistados, reforçando a relevância da atuação de uma equipe multiprofissional bem preparada para oferecer suporte às famílias em situações de luto. Elas também indicam que, embora já exista essa percepção, há desafios no envolvimento efetivo de todos os profissionais. Santos et al. (2012) corroboram essa ideia e informam que, para que haja um atendimento apropriado, empático e humanizado diante da perda gestacional ou neonatal, é fundamental a presença da assistência médica, psicológica e de toda a equipe multiprofissional, levando em conta a importância do entendimento sobre o processo de luto, o qual exige atuação pautada no acolhimento sensível e na integralidade do cuidado.

Ao serem questionados sobre quais membros da equipe hospitalar poderiam contribuir para o acolhimento dessas famílias, os participantes relataram:

> Assistente social, psicólogo, enfermeiro, técnico, toda a equipe. E começando da médica, né? Acho que toda a equipe tem que estar por dentro. Até o pessoal da higienização, né? Dar um conselho, ser mais humano... Humanização, né? (E.8).
>
> Pra mim, enquanto tá sendo profissional, todos aqui têm uma função muito importante. Não tem isso de gerência, não tem isso de limpar o chão, né? Porque tudo é um conjunto, é uma equipe. Se não funcionar, não tá funcionando direito. Esse acolhimento é lá desde a guarda até a médica (E.9).
>
> Eu acho que todos, né? Porque aqui, em qualquer setor, a gente começa o atendimento lá na frente. Desde a guarita, desde a entrada, recepção, triagem, internamento, se houver internamento, consulta médica (E.10).

Todos os participantes reforçam a ideia de que o acolhimento não é função exclusiva de um profissional, como o médico ou o psicólogo, mas sim uma tarefa coletiva. Defendem uma abordagem interdisciplinar, colaborativa e humanizada, em que cada profissional, independentemente da função, tem potencial para contribuir com a experiência de cuidado, conforto e respeito às famílias enlutadas. Desse modo, a atuação de uma equipe multiprofissional pode contribuir para a qualidade do cuidado oferecido ao paciente, além de apoiar os profissionais diante dos conflitos que emergem ao lidarem com estas situações específicas (Lemos & Cunha, 2015).

Em Unidades Básicas de Saúde (UBS), essa integração ocorre por meio de uma organização própria de cada instituição:

> A enfermeira, a médica, os agentes comunitários de saúde sempre estão em contato com essas mulheres e o psicólogo (E.14).
>
> Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais. Mas também outros membros do E-Multi se for necessário, como educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, depende da demanda daquela mulher específica (E.16).
>
> Médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde fazem esse acompanhamento mais próximo. O psicólogo e o assistente social, quando disponíveis, também participam do suporte às famílias (E.21).

Esses trechos evidenciam a importância da integração multiprofissional nas UBS para um cuidado mais completo e humanizado diante da perda gestacional, perinatal ou neonatal. Contudo, revelam desafios relacionados à disponibilidade de profissionais e à necessidade de personalização do atendimento. Em especial, é importante destacar o papel dos agentes comunitários de saúde, visto que sua integração com os moradores de sua área de atuação os possibilita compreender vivências, estrutura familiar e as condições que envolvem os processos de saúde e doença, além de possibilitar ações, orientações e encaminhamentos adequados, inclusive em casos de enlutamento.

A participante "E.21" menciona que o psicólogo e o assistente social participam do cuidado quando disponíveis, a depender do caso e das demandas, apontando, assim, uma fragilidade estrutural ou de recursos nas UBS, o que pode limitar a efetividade do trabalho multiprofissional, em contraste com o hospital, onde essas categorias, embora em menor número, integram de forma mais estável a equipe da maternidade.

Acerca da integralidade do cuidado à saúde da mulher, o manual "Parto, Aborto e Puerpério" do Ministério da Saúde (2001) destaca que a qualidade da atenção à saúde demanda um esforço integrado e articulado entre todos os níveis de gestão. Nesta perspectiva, os profissionais da saúde e os colaboradores da rede assistencial compartilham a responsabilidade pela construção e aprimoramento da qualidade do cuidado prestado às mulheres em situação de luto gestacional, perinatal ou neonatal, assistindo-a em sua totalidade, reconhecendo suas múltiplas necessidades enquanto sujeito.

Ao abordar a atuação da equipe multiprofissional, questionou-se de que maneira os profissionais de diferentes áreas atuam conjuntamente nesses casos de luto, bem como se suas intervenções seguem diretrizes estabelecidas por algum protocolo institucional. Todos os profissionais atuantes tanto no âmbito hospitalar quanto nas UBS relataram a inexistência de um protocolo institucional específico para o atendimento de casos de óbito gestacional, perinatal e/ou neonatal:

> Não, não, não. O protocolo é a nossa construção diária, a partir dos diálogos com esses profissionais (E.11).

> Não, vai de acordo com o profissional que atende a mulher (E.15).

> Então, na UBS, a equipe é multi e não tem algum protocolo específico para lidar com essas mulheres que perderam. O protocolo é o trabalho da equipe (E.16).

Ainda no que se refere à utilização de protocolos, embora não haja um direcionamento específico, uma das profissionais entrevistadas mencionou a existência do protocolo denominado "SPIKES", voltado à comunicação de más notícias. Esse protocolo destacou-se por oferecer uma abordagem estruturada para a transmissão de informações difíceis, como óbitos, malformações fetais, diagnóstico de doenças graves, entre outras situações sensíveis (Tonetto, Borges, Cisterna, Lapenta & Benzoni, 2024). Contudo, é fundamental destacar que os protocolos não devem ser interpretados como modelos rígidos ou fórmulas padronizadas, mas sim como ferramentas que auxiliam os profissionais de saúde a conduzir essas comunicações com empatia, sensibilidade e clareza. Assim reflete uma participante:

> Não há protocolos, o protocolo realmente é pessoal, eu faço aquele de más notícias, o método SPIKES, mas não tem nada instituído (E.14).

Dessa forma, para que o cuidado prestado diante da perda gestacional ou neonatal seja efetivo, empático e humanizado, é indispensável a atuação da equipe multiprofissional e dos demais integrantes da instituição. O enfrentamento dessa experiência requer profissionais capacitados e conscientes da complexidade do luto, sendo imprescindível que as ações estejam alicerçadas em práticas de acolhimento e na integralidade do cuidado (Santos et al., 2012). Tal reflexão vai ao encontro do proposto por Montero et al. (2011), segundo os quais a criação de espaços voltados à promoção de debates e à construção de ferramentas assistenciais, como cursos de capacitação, manuais e protocolos, representa uma estratégia fundamental para que os profissionais de saúde possam lidar com a perda gestacional de maneira mais humanizada e eficaz.

Com a promulgação da Lei nº 15.139/2025, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, importantes avanços foram incorporados à assistência em maternidades no Brasil. Dentre as diretrizes, destaca-se o acolhimento humanizado nos serviços de saúde, que estabelece o direito a um atendimento respeitoso e digno para mulheres e familiares enlutados pela perda gestacional, óbito fetal ou neonatal. A lei também determina o encaminhamento obrigatório para suporte psicológico após a alta hospitalar. Outra inovação significativa refere-se à adequação dos espaços hospitalares, prevendo a oferta de leitos separados para mulheres que vivenciam a perda gestacional ou neonatal, além de garantir a presença de acompanhante no caso de natimorto. A legislação ainda reforça a promoção de direitos formais e de rituais de despedida, assegurando aos pais o direito de nomear o natimorto, bem como escolher entre sepultamento ou cremação, em conformidade com suas crenças e valores culturais. Além disso, garante o acesso a exames para investigação das causas da perda e prevê a oferta de acompanhamento psicológico em gestações futuras, consolidando uma rede de suporte contínuo às famílias.

4. Considerações finais

A partir da análise dos relatos dos profissionais da saúde e da assistência social participantes do estudo, constatou-se que a atenção às perdas gestacional, perinatal e neonatal ainda se estrutura sobre bases fragilizadas, marcadas pela ausência de protocolos específicos, carência de formação adequada e dificuldades emocionais por parte dos próprios profissionais, que ou se sensibilizam de tal modo a misturar suas emoções às da família enlutada, ou se distanciam emocionalmente, realizando uma atuação não empática, distante e formal, ambas as situações comprometendo o acolhimento e o atendimento bem-sucedido.

Embora a sensibilidade diante da dor da mulher e de sua família esteja presente nas práticas relatadas, essas ações se revelam, em grande medida, como esforços individuais e pouco sistematizados, dependentes da experiência pessoal e da empatia de cada profissional. A ausência de normativas claras e a insuficiência de diretrizes institucionais fortalecem a percepção de que a atuação em casos de luto gestacional permanece negligenciada como objeto de políticas públicas e de formação acadêmica. Este cenário evidencia uma falha estrutural que não apenas compromete a qualidade da assistência prestada, mas também sobrecarrega emocionalmente os profissionais envolvidos que, sem o devido preparo, se veem obrigados a atuar em situações de alta complexidade emocional.

No que tange à formação e à capacitação, a pesquisa mostrou que a ausência de conteúdos específicos sobre luto de fetos e bebês recém-nascidos impacta diretamente a prática assistencial, tanto no hospital quanto na atenção básica. A busca espontânea por cursos e especializações, relatada pelos próprios profissionais, aponta para uma lacuna formativa que precisa ser enfrentada de forma estruturada e institucionalizada.

Quanto à colaboração multiprofissional, embora seu valor seja amplamente reconhecido, sua operacionalização ainda carece de integração efetiva, sobretudo na atenção básica, onde a presença de psicólogos e assistentes sociais depende da disponibilidade de recursos. O apoio psicológico, destacado como elemento central no cuidado às famílias, é frequentemente limitado pela indisponibilidade de profissionais ou pela baixa articulação entre as áreas. Além disso, o reconhecimento da importância de todos os profissionais, incluindo aqueles de setores não clínicos, reforça a necessidade de uma visão ampliada e verdadeiramente integrada do cuidado.

Os resultados obtidos confirmam que o atendimento humanizado diante de abortamentos, da morte gestacional ou neonatal depende, fundamentalmente, da formação adequada dos profissionais e da implementação de práticas institucionais que garantam suporte técnico, emocional e estrutural para o enfrentamento desse tipo de luto. Nesse sentido, a Lei nº 15.139/2025 representa uma mudança relevante, ao institucionalizar o reconhecimento das perdas gestacionais e neonatais, oferecendo um marco legal que fundamenta práticas acolhedoras, protetivas e humanizadas em todo o país, desde a assistência imediata até os cuidados contínuos no luto.

O estudo também sinaliza a importância de incluir as vozes das mulheres e famílias enlutadas em futuras pesquisas, a fim de melhor orientar políticas públicas e práticas profissionais que contemplem a totalidade de suas experiências e necessidades. Assim, faz-se indispensável repensar e reformular tanto a formação acadêmica, quanto a estrutura institucional dos serviços de saúde, para que estas mortes e o consequente enlutamento de seus familiares

sejam abordados não apenas como um evento clínico rotineiro, mas como uma experiência profundamente humana, que exige acolhimento, sensibilidade e competência técnica em todas as etapas do cuidado.

Fica também a pergunta: e quem cuida de quem cuida? Se profissionais não se sentem preparados para lidar com a dor da morte de bebês, ainda no ventre materno ou pouco tempo após seu nascimento, e ainda assim precisam fazê-lo, quem lhes presta assistência e cuidado? Ficam, assim, indicações de pesquisas futuras.

Declaração de disponibilidade de dados

Este artigo fundamenta-se na análise de um conjunto de dados que contém informações sensíveis, razão pela qual não é possível disponibilizá-lo publicamente. Em conformidade com as diretrizes editoriais da revista, o artigo está isento da obrigatoriedade de registro em repositórios públicos e da divulgação integral dos dados utilizados.

Referências

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. Basic Books.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. (2023). *Óbitos fetais e por abortamento no Brasil: 2011 a 2021*. Ministério da Saúde. http://tabnet.datasus.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Atenção humanizada ao abortamento: Norma técnica*. Ministério da Saúde.

Buss, P. M., Alcázar, S., & Galvão, L. A. (2020). Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: Reflexões a meio do caminho. *Estudos Avançados, 34*(99), 45–64. https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). (2013). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, Seção 1, 59–62.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). (2016). *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016: Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. Diário Oficial da União, Seção 1, 44–46.

Da Silva, E. E. G., Rodriguez, G. C., Da Silveira, G. B., Laguna, T. F. D. S., Cella, M. L. S. G., Rangel, R. F., & Kruel, C. S. (2021). Percepção dos profissionais da saúde acerca da comunicação de más notícias e óbitos no contexto perinatal. *Research Society and Development, 10*(5), e43510515101. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15101

Da Rosa, R., Gomes, I. E. M., Costa, R., De Oliveira Alves, I. F. B., & Aires, L. C. D. P. (2022). Experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal. *Reme Revista Mineira De Enfermagem, 26*. https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.41101

Da Silva Santos, C., Marques, J. F., Carvalho, F. H. C., Fernandes, A. F. C., Henriques, A. C. P. T., & De Abreu Peixoto Moreira, K. (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. *Escola Anna Nery, 16*(2), 277–284. https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000200010

Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Research Press.

Fernandes, V. D., De Sá Neto, J. A., Coutinho, K. A. A., Reis, A. T., & Da Silva, A. C. S. S. (2021). Concepções da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos em recém-nascidos. *Revista Enfermagem UERJ, 29*, e57257. https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.57257

Epstein, L., & King, G. (2014). *Pesquisa empírica em direito: As regras de inferência*.

Gesteira, S. M. D. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista De Enfermagem, 19*(4), 462–467. https://doi.org/10.1590/s0103-21002006000400016

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. (2010). *Comunicação de notícias difíceis: Compartilhando desafios na atenção à saúde*. INCA.

Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo Da Saúde, 34*(4), 420–429. https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104420429

Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. (2015). Morte na maternidade: como profissionais de saúde lidam com a perda. *Psicologia Em Estudo, 20*(1), 13–22. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v20i1.23885

Lima, R. dos S., & Costa Júnior, J. A. (2015). O processo de morte e morrer na visão do enfermeiro. *ReOnFacema, 1*(1), 25–30. http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/13

Montero, S. M. P., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V., & Tirado, M. B. R. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Revista Latino-Americana De Enfermagem, 19*(6), 1405–1412. https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000600018

Morin, E. (1970). *O homem e a morte*. Europa-América.

Parkes, C. M. (2001). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3rd ed.). Routledge.

Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia Em Estudo, 13*(1). https://doi.org/10.1590/s1413-73722008000100008

Pires, C. (2010). Luto: Processo de viver a morte. In Corrente Dinâmica (Org.), *Emoções em saúde* (pp. 142–151). Corrente Dinâmica.

Salbego, C., Nietsche, E. A., Pacheco, T. F., Cogo, S. B., Santos, A. O. D., Kohlrausch, L. F., & Ramos, T. K. (2022). Sentimentos, dificuldades e estratégias de enfrentamento da morte pela enfermagem. *Revista Enfermagem Atual in Derme, 96*(38). https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1355

Subutzki, L. S., De Lurdes Lomba, M., & Backes, D. S. (2018). Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade. *Avances En Enfermería, 36*(1). https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.65229

Tonetto, G. Q. S., Borges, A. C. S. M., Cisterna, A. G. R., Lapenta, V. P. G., & Benzoni, S. A. G. (2024). Percepción y actuación de los profesionales de la salud frente a casos de pérdida gestacional. *Prometeica - Revista De Filosofía Y Ciencias, 30*, 284–299. https://doi.org/10.34024/prometeica.2024.30.18863

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes.

Vasconcelos, L. M. R., & Dutra, E. M. S. (2020). Os sentimentos dos profissionais de saúde diante da morte de recém-nascidos. *Revista do NUFEN, 12*(3), 38–52. https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.n%C2%BA03artigo74

Editor Responsável: Débora P.N. Pinheiro

Recebido/Received: 20.01.2026 / 01.20.2026

Aprovado/Approved: 04.08.2026 / 08.04.2026