



COMITÊ NACIONAL DE ENFERMAGEM

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

Comitê de Enfermagem



Grazielle Viola Arronqui¹

Jaqueline Sousa Leite²

Avanços na humanização e atendimento à perda gestacional

A perda gestacional, o óbito fetal e o óbito neonatal são eventos profundamente traumáticos que impactam não apenas quem gesta, mas toda a família e rede de apoio. Apesar de serem experiências frequentemente esperadas na trajetória reprodutiva de muitas mulheres, embora marcada por dor e sofrimento único, este sentimento é comumente negligenciado pelos profissionais de saúde, família e sociedade no âmbito dos serviços de saúde. A humanização do atendimento nesses momentos é essencial para garantir que as famílias sejam acolhidas com empatia, respeito e suporte emocional, para que haja o processo de luto saudável.

Mundialmente, cerca de 23 milhões de gestações terminam em abortamento, isto representa 15,3% (IC 95%: 12,5–18,7 %) (*Quenby et al.; 2021*). No Brasil, não há dados específicos sobre a taxa de abortos, desta forma muitas perdas permanecem invisíveis nas estatísticas de saúde e nos sistemas de atenção.

Segundo o DataSUS, a taxa de mortalidade fetal (natimorto) é de 10,7 por mil nascimentos. Segundo Rocha et al (2025) entre 1996 e 2021, as mortes fetais com idade gestacional ≥ 20 semanas representaram 1,14% de todos os nascimentos e corresponderam a 58% das mortes perinatais no país. Estima-se que 93% dessas

mortes ocorreram antes do início do trabalho de parto, 6% durante o parto e apenas 1% foram registradas como pós-parto. No período analisado, a taxa de mortalidade fetal (TMF) foi de 11,4, 10,7 e 8,6 por mil nascimentos, considerando os cortes de idade gestacional de ≥ 20 , ≥ 22 e ≥ 28 semanas, respectivamente. Embora tenha havido aumento da proporção de natimortos em relação ao total de mortes perinatais, observou-se uma tendência de redução progressiva da TMF ao longo dos anos, com quedas acumuladas de 20%, 25% e 41%, respectivamente, e variações percentuais médias anuais (VPMA) de -1,00, -1,13 e -1,89 (Rocha et al., 2025).

A perda gestacional está intrinsecamente conectada a um luto singular. Para Mullan e Horton, (2011) é diferente de qualquer outra forma de luto: os meses de excitação, expectativa, planejamento, perguntas ansiosas e o drama do trabalho de parto, contribuem para ampliar a incompreensão devastadora de dar à luz um bebê sem sinais de vida. Estudos apontam que a ausência de acolhimento adequado pode agravar quadros de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (Heazell et al., 2016).

A comunicação assertiva, acompanhada de uma ambiência adequada no contexto do óbito fetal, é imprescindível para minimizar as complicações do luto enfrentadas pelos pais na aceitação da perda. Contudo, observa-se que muitas equipes de saúde não estão preparadas para comunicar notícias a essas famílias que vivenciam a perda de um filho, pois a responsabilidade não se encerra com a comunicação do óbito. É necessário oferecer à mãe, ao pai e à família a possibilidade de retornar ao hospital para conversar sobre a perda e esclarecer dúvidas sobre os fatos. Além disso, a comunicação com a equipe que assistiu o pré-natal é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e o suporte necessário para o luto no período puerperal (Pereira et al., 2018).

Novas propostas estão sendo desenvolvidas por pesquisadores, como o estudo em andamento em Ribeirão Preto, que visa adaptar as diretrizes internacionais à realidade brasileira. Este estudo em questão destaca a importância de oferecer cuidado adequado às famílias desde a descoberta da perda gestacional até o planejamento de uma futura gestação. O diferencial dessa pesquisa acima é que, além de focar no suporte à família, também adota uma abordagem peculiar em

relação à equipe responsável pela assistência, com o objetivo de promover um luto saudável (Salgado et al., 2021).

Esse cuidado torna-se ainda mais sensível às famílias no cenário da reprodução assistida, onde há um enorme investimento emocional, físico e financeiro, e que, diante da perda, frequentemente vivenciam o luto de forma silenciosa e invisibilizada perante a sociedade.

O Brasil avança neste contexto, foi sancionada em 23 de maio de 2025 a Lei 15.139/2025 que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, com o objetivo central de garantir atendimento humanizado às mulheres e familiares que enfrentam perdas gestacionais, fetais ou neonatais (Brasil, 2025). Visando, também assegurar acolhimento digno e humanizado no momento do luto, reduzir riscos e vulnerabilidades emocionais e sociais, e promover o acompanhamento psicológico após a alta hospitalar, preferencialmente em domicílio ou em unidade de saúde próxima.

Para assegurar a implementação desta lei federal, as diretrizes que são necessárias englobam a integralidade e equidade no acesso à saúde e políticas públicas; a descentralização dos serviços e ações; a capacitação da força de trabalho em saúde e assistência social; promoção de campanhas de conscientização e educação sobre o luto perinatal e inclusão de conteúdos sobre luto nos currículos de formação em saúde. Embora estudos apontem para a importância de abordar a questão das perdas gestacionais, esse tema ainda é visto como desafiador e causa muito sofrimento aos profissionais de saúde (Brigagão; Gonçalves; Silva, 2021). Portanto, comunidades internacionais recomendam a necessidade de abordar esse tema de forma abrangente e efetiva (Frøen et al., 2011).

Outros pontos considerados marcos para esta temática são: a instituição do mês de outubro como o Mês do Luto Gestacional, Neonatal e Infantil e a alteração na Lei dos Registros Públicos para permitir o registro de crianças nascidas mortas, garantindo o direito simbólico à existência e à memória.

O papel da enfermagem na atenção ao luto perinatal

Nesse contexto, a equipe de enfermagem desempenha um papel central, pois está na linha de frente do cuidado, sendo responsável por oferecer escuta ativa, orientação e apoio contínuo. As equipes de enfermagem são também fundamentais na criação de um ambiente humanizado, seguro e respeitoso, que reconheça a dor da perda e valide o sofrimento das famílias.

Ações centrais:

- Orientação sobre o processo de luto e os direitos da família.
- Acolhimento emocional e escuta ativa
- Promoção de rituais simbólicos, como o contato com o bebê, quando desejado.
- Encaminhamento para suporte psicológico e acompanhamento pós-alta.
- Promoção e educação em saúde para familiares e rede de apoio.

Além disso, a formação continuada da equipe de enfermagem é essencial para garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com a complexidade emocional e ética envolvida nesse tipo de cuidado; porém é essencial fornecer o suporte emocional e psicológico para as equipes assistenciais, considerando o impacto que a experiência da assistência a um caso de perda fetal pode ocasionar.

Considerações finais

A Lei 15.139/2025 representa um marco na consolidação de uma política pública sensível às necessidades emocionais das famílias enlutadas. Ao reconhecer o luto perinatal como uma experiência legítima e digna de cuidado, o Estado brasileiro avança na construção de um sistema de saúde mais humano, empático e integral.

A atuação da equipe de enfermagem, aliada à implementação das diretrizes da nova política, será determinante para transformar o atendimento às famílias. Com isso, promove-se não apenas o cuidado físico, mas também o acolhimento emocional e psicológico, pilares fundamentais da atenção integral à saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025.** Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2025. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 30 maio 2025.

Brigagão JIM, Gonçalves R, Silva BMC da. **A perspectiva de profissionais de saúde sobre os partos de natimortos.** Psicologia & Sociedade [Internet]. 2021;33. Available from: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/dvFVRbGhnzxMsMzdKsGjqbz/?format=pdf&lang=pt>

Frøen JF, Cacciatore J, McClure EM, Kuti O, Jokhio AH, Islam M, et al. **Stillbirths: why they matter.** The Lancet [Internet]. 2011 Apr 16;377(9774):1353–66. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)62232-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)62232-5.pdf)

Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, et al. **Stillbirths: economic and psychosocial consequences.** The Lancet [Internet]. 2016 Feb;387(10018):604–16. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00836-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00836-3.pdf)

Mullan Z, Horton R. **Bringing stillbirths out of the shadows.** The Lancet. 2011;377(9774):1291-2. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60098-6.

Pereira, A. G., Costa, S. M., & Almeida, M. S. A. **O suporte emocional à mulher no luto por perda gestacional tardia.** Revista de Enfermagem UFPE on line. 2018;12(4):1104-1111. doi: 10.1590/1984-0462/;2018;36;4;00013

Quenby et al. (2021). **Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss.** The Lancet, 397(10285), pp. 1658-1667.

Rocha, J. B. F., Bezerra, I. M. P., Oliveira, E. K. S., Sena, A. B. E., Leitão, F. N. C., & Abreu, L. C. (2025). **Tendência espaço-temporal da mortalidade fetal no Brasil, 1996–2021.** Revista de Saúde Pública, 59, e23. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024059001591>

Salgado HO, Andreucci CB, Gomes ACR, et al. **O projeto de luto perinatal: desenvolvimento e avaliação de diretrizes de apoio para famílias que experimentam natimorto e morte neonatal no sudeste do Brasil—um estudo quase experimental antes e depois.** Reprod Health. 2021;18(5). doi: 10.1186/s12978-020-01040-4.