



Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado
Célula de Políticas da Rede de Atenção à Saúde

SEAPS
COGEC
CEPRA

Linha de Cuidado à Saúde da Mulher na Perda Perinatal

Fortaleza, Ceará
Julho, 2025

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG)

Antônio Silva Lima Neto

Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI)

Carla Cristina Fontenele Barroso

Secretário Executivo Administrativo-Financeiro (SEAFI)

Ícaro Tavares Borges

Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Maria Vaudelice Mota

2025. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC)

Célula de Políticas da Rede de Atenção à Saúde (CEPRA)

Série: Instrumentos técnicos e informativos para o fortalecimento das Políticas e o Cuidado Integral à Saúde

Email: coordenadoriadepoliticas@saude.ce.gov.br

Ficha Técnica

2025-CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Linha de Cuidado à Saúde da Mulher na Perda Perinatal.** Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte e sem fins comerciais.

Coordenação Geral

Maria Vaudelice Mota
Luciene Alice da Silva

Elaboração

Luciene Alice da Silva - Farmacêutica
Marley Carvalho Feitosa Martins - Psicóloga

Colaboração

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC)

Ana Virgínia Evangelista de Mendonça - Enfermeira
Isley Nayra de Lima Negromonte Barreto - Nutricionista
Priscilla Cunha da Silva - Enfermeira
Thalita Helena Christian Oliveira - Assistente Social

Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental (COPOM)

Sarah Lima Verde - Assistente Social

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG)

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica (COVEP)

Maria Socorro Moises de Melo - Enfermeira
Pedro Antônio de Castro Albuquerque - Biólogo

Serviço de Verificação do Óbito (SVO)

Deborah Nunes de Melo - Médica Patologista
Marcia Andrade dos Santos - Assistente Social

Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Hospital Geral Dr César Cals

Ellaine Dória F. Carvalho - Médica Geneticista
Flávio Lúcio Ponte Ibiapina - Médico Obstetra
Marusa Tatiana do Nascimento Freitas - Assistente Social

Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Dulce Maria Pontes Gondim - Psicóloga

Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)

Almir Castro Neves Filho - Médico Pediatra

Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Shirley Lopes Virino- Presidente - Médica Pediatra

Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Albertina Iara Nascimento Lopes - Superintendência da Região de Saúde de Sobral (Srnor)
Ana Bruna Macêdo Matos - Superintendência da Região de Saúde do Cariri (Srsul)
Carolina Pereira de Alencar - Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza (Srfor)
Maria Sandra dos Santos - Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central (Srcen)
Vanuza Cosme Rodrigues - Superintendência da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe (Srles)

Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS)

Maria do Carmo Xavier Queiroz - Terapeuta Ocupacional
Sharliane Monteiro da Rocha - Enfermeira

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS-Fortaleza)

Lea Dias Pimentel Gomes Vasconcelos - Enfermeira Obstetra

Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter

Elane Martins Silveira – Psicóloga

Maximiana Maria Silva do Nascimento - Assistente Social

Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC)

Cinthia Maria G.C. Escoto Esteche - Enfermeira

Emilcy Rebouças - Médica Obstetra

Elisângela Cavalcante Diniz Duarte - Psicóloga

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos - Psicóloga

Francisco Herlânio C. Carvalho - Médico Obstetra

Jordana Paiva - Médica Obstetra

Mara Carolina Ribeiro Gomes - Assistente Social

Maria do Socorro Leonácia - Psicóloga

Myrna Araújo - Psicóloga

Superintendente do Ministério da Saúde no Ceará

Kelly Gonçalves Meira Arruda - Advogada

Convidados internacionais

Universidade de Coimbra - Portugal

Anabela Araújo Pedrosa - Psicóloga - Serviço de Psicologia Clínica/Maternidade Dr. Daniel de Matos

Ana Dias da Fonseca - Psicóloga/Professora - Grupo de Pesquisa da Faculdade de Psicologia Coimbra

MOVIMENTO SOCIAL: GRUPO DE APOIO “DA DOR AO AMOR”

Ana Carolina Viana P. Bessa	Lívia F. Almeida
Ana Virgínia Gurgel	Lucas Farias Ramalho
Jonas H. S. Lima	Mariana Monteiro Pereira
Juliana Monteiro Alves Fontenelle	Tatiana Plutarco Viana

Revisão Técnica

Tânia Mara Silva Coelho

Maria Raquel Rodrigues Carvalho

SUMÁRIO

Apresentação	8
1. Fundamentação Legal	9
2. Objetivos	10
3. Introdução	10
4. Processo de Construção da Linha do Cuidado	13
4.1 Atores Envolvidos	13
4.2 Metodologia	13
5. Responsabilidades Institucionais	14
5.1 Compete à Secretaria da Saúde do Estado	14
5.2 Compete aos Municípios	14
6. Responsabilidades por nível de atenção à saúde	14
6.1 Compete à Atenção Primária à Saúde	14
6.2 Atenção Especializada	15
6.2.1 Atenção Especializada Ambulatorial	15
6.2.2 Atenção Especializada Hospitalar	16
6.3 Compete aos Serviços de Saúde	16
7. Cuidado à Mulher em Perdas Perinatais	17
7.1 Validação das queixas maternas	17
7.1.1 Exame de Ultrassonografia (USG)	17
7.1.2 Anomalias Congênitas	18
8. Morte Fetal (Anteparto e Intraparto)	18
8.1 Escolha do tipo de parto	19
8.1.1 Morte Neonatal	20
8.1.2 Comunicação da Morte Perinatal	20
8.1.3 Privacidade	21
8.1.4 Registros e Notificação	22
8.1.5 Nomeação e registro do bebê	22
8.1.6 Possibilidade de criar memórias	22
8.1.7 Despedida do bebê	22
8.1.8 Cuidados com a produção/inibição do leite materno	23
8.1.9 Cuidados na abordagem ao Planejamento Reprodutivo	23

8.1.10 Apoio Espiritual	24
8.1.11 Cuidados com o corpo do bebê	24
9. Cuidados após a alta Hospitalar	24
9.1 Cuidados na Atenção Primária à Saúde	24
9.2 Aconselhamento Pré-Gestacional após a perda perinatal	25
9.3 Encaminhamento ao Aconselhamento Genético (AG)	26
10. Luto Perinatal	26
10.1 Gestação Subsequente à Perda Perinatal	26
10.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)	26
10.1.2 Atenção Especializada	27
11. Cuidado à Saúde Mental na Perda Perinatal	27
11.1 Fatores de Risco à Saúde Mental após perda	27
12. Educação Permanente	28
13. Suporte emocional aos profissionais de saúde	28
14. Rede de Apoio à mulher no Luto Perinatal	28
15. Grupos de Apoio Social	28

Apresentação

A Secretaria da Saúde do Estado, por meio da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde/Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado, no cumprimento da sua missão, atua na elaboração de instrumentos para o fortalecimento das políticas e gestão do cuidado à saúde, a fim de subsidiar os gestores, profissionais da saúde na melhoria das práticas em serviço, informar à população, entre outros, de acordo com a complexidade e necessidade identificada.

Dentre os Instrumentos técnicos elaborados destacam-se: **Linhas de Cuidado**, Protocolos, Diretrizes, Notas Técnicas, instrumentos informativos (manuais, cartilhas, instrutivos) instrumentos normativos (normas, procedimentos, regulamentos, Portarias), instrumentos gerenciais (planos de ação, projetos, programas, ações estratégicas), entre outros, de acordo com a complexidade e necessidade identificada.

Linhas de Cuidado são estratégias para organizar os serviços de saúde, facilitar o itinerário, pontos de atenção/referências no atendimento, definir fluxo assistencial para melhoria do acesso e a integralidade do cuidado e das práticas no serviço. Nesse contexto, apresenta a **Linha do Cuidado à Mulher em Perda Perinatal**.

Essa proposta contém um conjunto de informações baseadas em evidências, legislações, experiências dos profissionais da saúde, especialistas na área, sobretudo, contou com a participação de mães e famílias que vivenciam o luto perinatal, e de convidados internacionais, especialistas de Coimbra-Portugal, que contribuíram com este trabalho: Anabela Araújo Pedrosa, Psicóloga - Serviço de Psicologia Clínica/Maternidade, Dr. Daniel de Matos e Ana Dias da Fonseca - Psicóloga/Professora, Grupo de Pesquisa da Faculdade de Psicologia Coimbra.

Espera-se que este trabalho, promova impactos positivos no cuidado à mulher e família na perda perinatal.

Maria Vaudelice Mota
Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

1. Fundamentação Legal

Esta Linha de Cuidado está fundamentada nos seguintes instrumentos legais:

Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005: Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, indicado pela parturiente.

Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007: Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: maternidade na qual será realizado seu parto e a maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.”

Lei Federal nº 14.598, de 14 de junho de 2023: Dispõe sobre a realização de exames em gestantes. Estabelece que a rede pública de saúde, observada a disponibilidade orçamentária, incluirá no protocolo de assistência às gestantes a realização dos procedimentos: ecocardiograma fetal no pré-natal de gestantes e pelo menos 2 (dois) exames de ultrassonografia transvaginal durante o primeiro quadrimestre de gestação.

Lei Federal N° 14.721, de 8 de novembro de 2023: Altera os arts. 8º e 10º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério.

Lei Federal N° 15.139, de 26 de maio de 2025: Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental - Assegura Cuidados Humanizados e Apoio Psicossocial às Mulheres e Familiares que enfrentam a perda do bebê durante a gestação, parto ou puerpério.

Legislação do Estado do Ceará

Lei Estadual N° 18.788, de 8.5.24. Assegura direitos às mulheres que sofrem perda gestacional e neonatal em estabelecimentos de Saúde do Estado do Ceará.

Lei Estadual N° 18.798, de 10 de maio de 2024 - Direito ao acompanhante: Assegura às mulheres o direito à presença de acompanhante em consultas e exames nos estabelecimentos públicos e privados de saúde no estado do Ceará, por sua livre escolha. Os estabelecimentos de saúde deverão afixar cartaz ou painel digital, de forma visível e de fácil acesso, para informar o direito a que se refere esta Lei.

Lei Estadual N° 16.837, de 17 de janeiro de 2019 - Estatuto do Parto Humanizado no Ceará: Institui e disciplina o Estatuto do Parto Humanizado, com o objetivo de garantir melhor assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal nos estabelecimentos hospitalares do Estado do Ceará.

2. Objetivos

Esta Linha de Cuidado tem por objetivos:

- I. Assegurar uma assistência qualificada à mulher e família, no luto materno e parental;
- II. Uniformizar condutas e procedimentos para melhorar à assistência às mulheres e familiares em luto por perda gestacional, por óbito fetal e por óbito neonatal;
- III. Promover maior integração das equipes no cuidado mais qualificado à mulher e família na situação de luto perinatal;
- IV. Produzir informações técnicas, protocolos, diretrizes e informações, para uniformização de condutas, procedimentos no atendimento às mulheres nas perdas perinatais;
- V. Qualificar os profissionais de saúde em todos níveis de atenção à saúde.

3. Introdução

A mortalidade perinatal refere-se à morte de fetos e recém-nascidos que ocorre no período que envolve a gestação e os primeiros dias de vida do bebê. Mais especificamente, inclui óbitos fetais (a partir de 22 semanas de gestação) e óbitos neonatais precoces (até 6 dias de vida).

A perda fetal é considerada um problema de saúde pública que impacta tanto na qualidade de vida das pessoas envolvidas quanto nos indicadores de saúde. É um indicador relevante para avaliar a qualidade da assistência pré-natal, parto e cuidados neonatais.

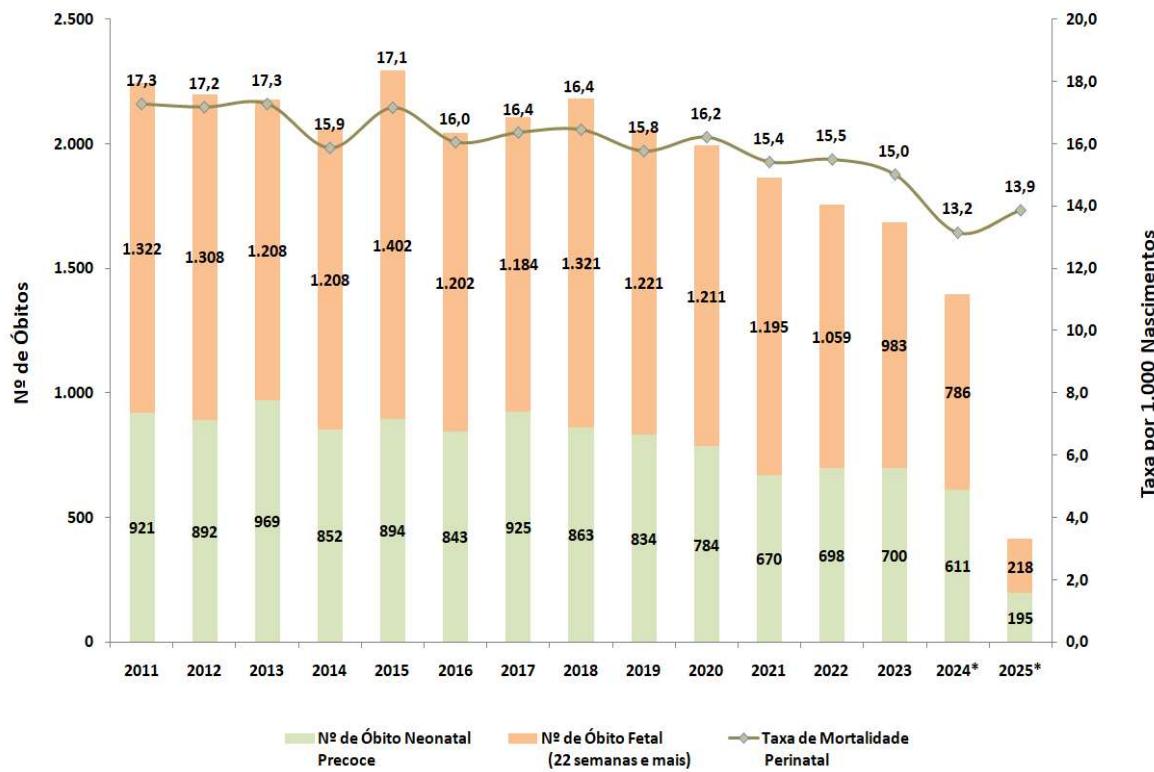
Taxa de mortalidade perinatal: é a soma do número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade e de óbitos fetais com 22 semanas ou mais de gestação pela soma de nascidos vivos e de óbitos fetais com 22 semanas ou mais de gestação.

O Brasil avançou muito na melhoria da atenção à saúde materna e infantil, nos últimos 30 anos, com diversas estratégias e iniciativas. Porém, a redução da mortalidade perinatal permanece um desafio na Saúde Pública.

Em 2024, o Estado do Ceará apresentou 1.397 mortes perinatais, sendo 786 natimortos (\geq 22 semanas de gestação) e 611 óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias de vida).

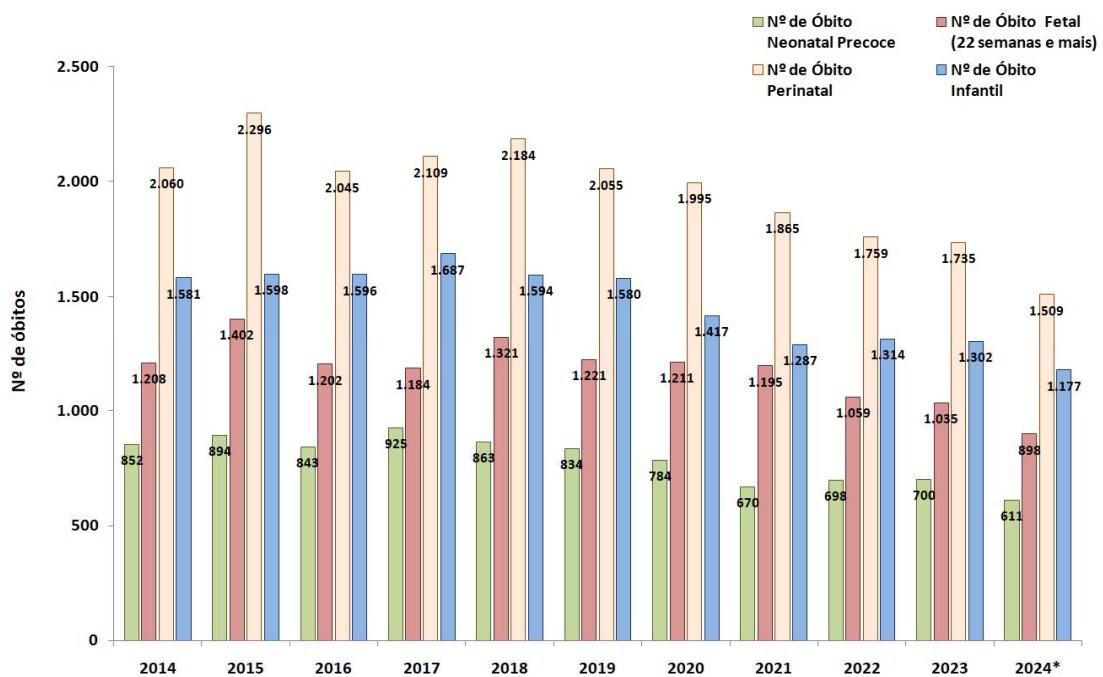
Os óbitos fetais foram responsáveis em média por 59,5% dos óbitos perinatais, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1: Série Histórica da Taxa da Mortalidade Perinatal (Óbitos fetais e Neonatais Precoces), Ceará, 2011 a 2025*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM/GT Vigilância do Óbito. Nota: *dados parciais gerados em 05/05/2025, sujeitos a alteração

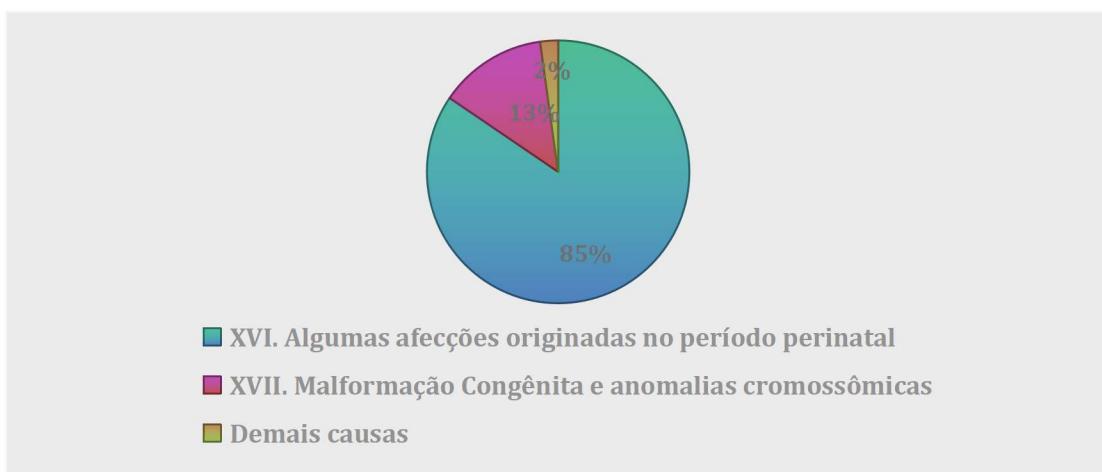
Gráfico 2: Série Histórica da Mortalidade Infantil e perinatal no Ceará. Neonatal Precoce (0 a 6 dias de vida), Fetal (≥22 semanas) e Perinatal (óbitos fetais + neonatais precoce), Ceará, 2014 a 2024*



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Data da atualização dos dados 12/2024.

De acordo com o Gráfico 3, a principal causa de óbito perinatal no Estado do Ceará em 2024, foi relacionado às “afecções originadas no período perinatal” (85%), evidenciando que os fatores que envolvem os óbitos perinatais (Fetais e neonatais) são inseparáveis de problemas de saúde materna e a maioria é evitável com melhorias do cuidado pré-natal, assistência ao parto em tempo oportuno e atenção contínua na rede de assistência.

Gráfico 3. Frequência de Óbitos Perinatais segundo Causa (CAP. CID-10), Ceará, 2024.



A redução dos desfechos negativos na assistência obstétrica depende da **identificação de riscos, garantia de atendimento oportuno e qualificado e a integração eficaz entre os serviços de saúde**. Investir nessas medidas é essencial para proteger a vida das gestantes e dos bebês.

O **acompanhamento das ações por meio dos indicadores** é uma ferramenta de apoio à gestão para tomada de decisão dos gestores, mas é importante verificar o impacto humano por trás das estatísticas. Considerar que essas perdas produzem impactos físicos, psicológicos e sociais duradouros que precisam ser enfrentados, não apenas pela prevenção das mortes, mas também pela melhoria no cuidado às famílias enlutadas.

Estudos reforçam que a morte perinatal possui um grande impacto na vida da mulher, família e também nos profissionais de saúde. No entanto, os profissionais de saúde, apesar de serem percebidos como uma fonte de apoio, a pesada carga emocional, a falta de preparo e apoio organizacional insuficiente, limitam a oferta do cuidado efetivo.

Dessa forma, os serviços de saúde possuem dois desafios: qualificar o cuidado durante a perda perinatal e apoio emocional aos profissionais de saúde (Qian et al., 2021). Cabe ainda ressaltar, a necessidade das instituições de ensino abordarem as questões relacionadas ao processo da morte na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto (Qian et al., 2021).

Os cuidados em perdas perinatais devem incluir apoio emocional e prático aos pais, familiares e equipe de saúde. Isso inclui oferecer um ambiente acolhedor e respeito pelas emoções e escolhas dos pais, além de fornecer suporte profissional especializado para lidar com o luto.

4. Processo de Construção da Linha do Cuidado

A construção da Linha de Cuidado no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) é um processo participativo, colaborativo, intra e intersetorial, envolve um conjunto de etapas e as áreas técnicas da saúde de todos os níveis de atenção, profissionais da saúde, especialistas, em outros, de acordo com a complexidade e necessidade, sob a responsabilidade da Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC)/Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS).

É um processo de organização de serviço, estabelece diretrizes/direcionamentos aos profissionais da saúde, gestores e usuários, de acordo com os fluxos assistenciais, com a finalidade de ampliar e facilitar o acesso e a melhoria da gestão do cuidado. Está diretamente relacionado com o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a integração entre os pontos de atenção, a integralidade da assistência à saúde (ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação), pactuação nos diferentes níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária) e pontos de atenção/referências para o atendimento.

A abrangência da Linha de Cuidado pode ser de âmbito local, no território do município, institucional, regional ou estadual. Depende da complexidade e dos recursos disponíveis de estrutura, de pessoal, apoio diagnóstico e logístico, entre outros. Pode ser estruturada de diversas formas: por temas prioritários da saúde, por segmento populacional específico, por ciclo de vida, por agravos, entre outras.

4.1 Atores envolvidos

Por se tratar de um instrumento técnico, de caráter especializado, a escolha dos participantes depende do tema, da especificidade e da complexidade. Participam profissionais de todos os níveis de atenção à saúde, representação das áreas técnicas da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), do Conselho das Secretarias Municipais da Saúde (COSEMS), dos Conselhos de Classe Profissional, do Conselho de Saúde, Associações, movimentos sociais, Sociedades Científicas, Universidades, entre outras.

4.2 Metodologia

O trabalho envolve um conjunto de etapas, levantamento de informações para tomada de decisões e planejamento das ações, entre outras. **As principais etapas são:**

1	Identificação da necessidade de acordo com as prioridades estabelecidas.
2	Levantamento de dados, informações, em legislação, evidências, pesquisas, referências nacionais e internacionais na área para avaliação e validação do documento, entre outras.
3	Formalização de Grupo Condutor.
4	Elaboração de documento base pela Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC) para iniciar as discussões.
5	Realização de Oficina para discutir com equipe multiprofissional sobre Saúde Materna
6	Reunião com mães do “GRUPO DE APOIO “DA DOR AO AMOR” , pessoas que tiveram perdas perinatais, que vivenciam o luto perinatal, para subsidiar propostas a partir de problemas identificados.
7	Revisão do documento por especialistas convidadas da Universidade de Coimbra - Portugal : Anabela Araújo Pedrosa - Psicóloga (Serviço de Psicologia Clínica/Maternidade Dr. Daniel de Matos) e Ana Dias da Fonseca - Psicóloga/Professora (Grupo de Pesquisa da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra).
8	Apresentação e discussão na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
9	Pactuação na CIB entre os gestores Estadual e Municipais.
10	Publicação em Diário Oficial.
11	Estratégias para implantação.

5. Responsabilidades institucionais

5.1 Compete à Secretaria da Saúde do Estado

- I. Qualificar os profissionais que atuam na saúde da mulher, em todos níveis de atenção à saúde, assegurando educação permanente, comunicação e divulgação institucional, com foco na orientação sobre o luto pela perda gestacional, óbito fetal e óbito neonatal;
- II. Articular com instituições de ensino superior públicas e privadas, inclusão da temática nos currículos para formação de profissionais da saúde;
- III. Elaborar protocolos, estabelecer normas, diretrizes, produzir e divulgar material informativo, disseminar informações, para orientar as mulheres e os familiares em caso de perda gestacional, de óbito fetal e de óbito neonatal;
- IV. Organizar, executar e gerenciar os serviços de humanização do atendimento às mulheres e aos familiares em situação de luto pela perda gestacional, pelo óbito fetal e pelo óbito neonatal, no âmbito do seu território;

5.2 Compete aos Municípios

- I. Organizar, executar e gerenciar os serviços de humanização do atendimento às mulheres e aos familiares em situação de luto pela perda gestacional, pelo óbito fetal e pelo óbito neonatal, no âmbito do seu território;
- II. Estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento ao atendimento das mulheres em situação de luto pela perda gestacional, pelo óbito fetal e pelo óbito neonatal pelas equipes que atuam na atenção primária à saúde.

6. Responsabilidades por nível de atenção à saúde

6.1 Compete à Atenção Primária à Saúde

- **Acompanhamento da mulher em idade fértil (MIF) em todo o ciclo de sua vida reprodutiva:** essencial para detectar, prevenir e tratar precocemente complicações que podem levar à mortalidade perinatal.
- **Avaliação Pré-concepcional:** rastrear e identificar possíveis problemas de saúde que possam afetar a saúde da gestante e do bebê, fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal da gestação antes da gravidez.
- **Captação precoce da gestante:** início precoce do pré-natal garantindo o acompanhamento do desenvolvimento fetal e a identificação precoce de riscos.
- **Acolhimento e estratificação de risco:** elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando atenção diferenciada segundo as necessidades e condições de saúde da gestante.
- **Acompanhamento sistemático do pré-natal de baixo e alto risco:** número de consultas conforme recomendação do Ministério da Saúde (MS) e consultas especializadas, caso necessário.
- **Elaboração do Projeto Terapêutico Singular:** plano de cuidados individualizado elaborado pela equipe multidisciplinar, com o objetivo de atender necessidades específicas.
- **Vinculação da gestante:** definição das unidades de referências de atendimento à gestante - no ato da inscrição no pré-natal - exames, parto, urgências obstétricas e neonatais, conforme a estratificação de risco, devidamente registradas na Caderneta da Gestante (Lei Federal Nº 11.634, 27 de dezembro de 2007).

- **Acesso a exames e testes rápidos:** permitir o diagnóstico e tratamento oportuno de infecções que podem causar complicações graves na gestação e no recém-nascido.
- **Pré-natal do homem:** incluir o parceiro no pré-natal, auxiliando a identificar e tratar problemas de saúde que podem afetar a gestação, como infecções sexualmente transmissíveis (IST's). A participação do parceiro no pré-natal também pode fortalecer o vínculo familiar e aumentar o apoio à gestante
- **Suplementação adequada:** administração de ácido fólico e ferro para prevenção de anemias e defeitos do tubo neural, contribuindo para o desenvolvimento saudável do feto.
- **Promoção de hábitos saudáveis:** incentivo à alimentação equilibrada, prática de atividades físicas seguras e controle do estresse materno.
- **Avaliação e Apoio Psicossocial:** Elaborar Plano Terapêutico em articulação com a equipe da Rede de Atenção Psicossocial; realizar ações de promoção, prevenção, diagnósticos e tratamento em saúde mental; realizar avaliação diagnóstica sobre depressão perinatal e outros transtornos; realizar grupos terapêuticos; fazer encaminhamentos oportunos para o CAPS em situação de agravamento.

6.2 Atenção Especializada

Entende-se como Atenção Especializada o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica. Compreende, dentre outras, um conjunto de ações e serviços constantes em políticas e programas do Sistema Único de Saúde:

- I. Rede de Urgência e Emergência;
- II. serviços de reabilitação;
- III. serviços de atenção domiciliar;
- IV. rede hospitalar;
- V. serviços de atenção materno-infantil;
- VI. serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);
- VII. serviços de atenção psicossocial;
- VIII. serviços de sangue e hemoderivados;
- IX. atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos (Portaria GM/MS Nº 6.019, de 10 de dezembro de 2024. Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE).

6.2.1 Atenção Especializada Ambulatorial

- **Prevenção da prematuridade e complicações obstétricas:** Adoção de protocolos para prevenção de partos prematuros, monitoramento rigoroso de gestantes com infecções, pré-eclâmpsia e oferta de corticoterapia antenatal para bebês com risco de prematuridade.
- **Protocolos de triagem obstétrica:** Implementação de critérios objetivos para identificação de casos de risco, evitando atrasos no atendimento.
- **Realização de exames especializados:** Identificação de fatores de risco perinatais para auxiliar a equipe no planejamento do atendimento neonatal, antes do nascimento.
- **Protocolos de triagem obstétrica:** Implementação de critérios objetivos para identificação de casos de risco, evitando atrasos no atendimento.
- **Realização de exames especializados:** Identificação de fatores de risco perinatais para auxiliar a equipe no planejamento do atendimento neonatal, antes do nascimento.
- **Acesso rápido a intervenções emergenciais.**

6.2.2 Atenção Especializada Hospitalar

- **Estrutura adequada das maternidades:** disponibilidade de leitos para as gestantes, salas de parto com equipamentos necessários para emergências obstétricas e perinatais.
- **Avaliação clínica da saúde materna e bem-estar fetal:** na admissão do trabalho de parto definir a prática clínica recomendada e o nível de assistência necessário; utilizar o partograma e exames essenciais presentes em protocolos de cuidados à gestante.
- **Direito à presença de acompanhante de sua escolha:** durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tanto em hospitais públicos quanto privados (Lei Federal nº 11.108/2005).
- **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**¹: conjunto de diretrizes que visam garantir assistência segura, humanizada e eficaz durante o processo de parto e nascimento (RDC Anvisa nº 920, de 19 de setembro de 2024).
- **Acesso a métodos para alívio da dor:** não farmacológicos (técnicas de relaxamento, massagem, hidroterapia, entre outras) e farmacológicos (analgesias).
- **Acesso a métodos para alívio da dor:** não farmacológicos (técnicas de relaxamento, massagem, hidroterapia, entre outras) e farmacológicos (analgesias).
- **Transporte hospitalar seguro:** Assegurar a transferência rápida e segura das gestantes e recém-nascidos de alto risco com complicações para hospitais com recursos adequados.
- **Implantação da Classificação de Robson¹ em todas as maternidades:** monitorar a oferta da cesariana às pacientes que possuem indicação justificada
- **Dispor de profissionais capacitados e recursos necessários para a reanimação neonatal:** equipes qualificadas para lidar com possíveis complicações durante o parto e o nascimento, equipamentos e materiais para avaliação, manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicamentos.
- **Cuidados essenciais ao recém-nascido e Triagem Neonatal:** permitir a identificação e o manejo precoce de problemas de saúde do recém-nascido, garantir suporte neonatal imediato, atendimento especializado em sala de parto, como a reanimação neonatal quando necessário. Garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.
- **Promoção do contato pele a pele precoce e Aleitamento materno na primeira hora de vida:** proporciona benefícios como a regulação da temperatura e o fortalecimento do vínculo afetivo, além de reduzir significativamente o risco de infecções e melhora da imunidade do recém-nascido.
- **Equipe mínima na sala de parto:** A equipe mínima para um parto normal, de risco ou cirúrgico, deve incluir um médico obstetra, um anestesista e um pediatra ou neonatologista, qualificados para lidar com possíveis complicações durante o parto e o nascimento.
- **Monitoramento dos recém-nascidos de risco:** Garantir acompanhamento aos bebês prematuros, com restrição de crescimento intrauterino (RCIU), àqueles que sofreram asfixia perinatal, e outros.

6.3 Compete aos Serviços de Saúde

I. Cumprir os protocolos estabelecidos pelas autoridades de saúde nacional e estadual, de forma a assegurar respostas rápidas, eficientes, padronizadas, transparentes, acessíveis e humanizadas no atendimento;

II. Estabelecer protocolos de comunicação e troca de informações entre as equipes de saúde, a fim de assegurar que a perda gestacional, o óbito fetal ou o óbito neonatal chegue ao conhecimento das unidades de saúde locais;

III. Ofertar acomodação em ala separada das demais parturientes para:

- a) parturientes cujo feto ou bebê tenha sido diagnosticado com síndrome ou anomalia grave e possivelmente fatal;
- b) parturientes que tenham sofrido perda gestacional, óbito fetal ou óbito neonatal;

IV. Assegurar a participação, durante o parto do natimorto, de acompanhante escolhido pela mãe;

V. Realizar o registro de óbito em prontuário;

¹ <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29751/2/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O%20DE%20ROBSON.pdf>

- VI. Viabilizar espaço adequado e momento oportuno aos familiares para que possam se despedir do feto ou bebê pelo tempo necessário, a partir da solicitação da família, assegurada a participação de todos que tiverem sido autorizados pelos pais;
- VII. Garantir a coleta de forma protocolar de lembranças do natimorto ou neomorto;
- VIII. Expedir declaração com a data e o local do parto, o nome escolhido pelos pais para o natimorto e, se possível, o registro de sua impressão plantar e digital;
- IX. Possibilitar a decisão de sepultar ou cremar o natimorto, desde que não haja óbice, bem como a escolha sobre a realização ou não de rituais fúnebres, oportunizando à família participar da elaboração do ritual, respeitadas as suas crenças e decisões;

Vedado dar destinação ao natimorto de forma não condizente com a dignidade da pessoa humana, admitidas a cremação ou a incineração somente após a autorização da família.

- X. São assegurados às mulheres que tiveram perdas gestacionais o direito e o acesso aos exames e avaliações necessários para investigação sobre o motivo do óbito, bem como o acompanhamento específico em uma próxima gestação, além do acompanhamento psicológico.

7. Cuidado à Mulher em Perdas Perinatais

7.1 Validação das queixas maternas

Em alguns casos, as alterações nos movimentos fetais podem indicar às gestantes que algo está errado com o bebê. Portanto, recomenda-se que os profissionais valorizem as queixas maternas sobre as alterações da frequência dos movimentos fetais e outros sinais de risco, e assim, realizar o gerenciamento padronizado para detectar sofrimento fetal e reduzir a incidência de natimortalidade (Jokhan *et al.*, 2015).

As informações: "volte para casa, é normal" ou "não se preocupe, no final da gestação o bebê mexe pouco", coloca em risco a vida da mãe e do feto (O'Sullivan, 2009).

Cuidados essenciais:

- Fortalecer a autonomia das gestantes para reconhecer os sinais de risco;
- Incentivar as gestantes a buscar o cuidado;
- Oferecer atenção e adequada assistência;
- Garantir referência para exames especializados, como a Ultrassonografia Doppler.

7.1.1 Exame de Ultrassonografia (USG)

A ultrassonografia (USG) obstétrica é um dos exames mais importantes durante a gestação. Permite que o médico avalie o desenvolvimento e a vitalidade do bebê, identifica a idade gestacional, detecta o sexo do bebê, a posição da placenta, gemelaridade, auxilia no diagnóstico de possíveis anomalias estruturais e/ou marcadores de anomalias cromossômicas (Skilton & Barr, 2010).

É muito importante que esse exame esteja disponível para a gestante, principalmente, em casos de percepções de sinais de risco e/ou alterações nos movimentos fetais e **atender os seguintes requisitos:**

- garantir acompanhante de escolha da mulher, privacidade e segunda tela posicionada para que os pais possam ver o bebê;
- fornecer informações claras e objetivas sobre todos os resultados de testes, diagnósticos, opções de procedimentos disponíveis, os benefícios e riscos relacionados;
- disponibilizar uma segunda opinião diante da suspeita de um problema grave;
- oferecer a oportunidade para compartilhar os sentimentos em um ambiente seguro e com privacidade;
- apoiar, informar, evitar abandonar os pais sozinhos na sala de USG.

7.1.2 Anomalias Congênitas

O diagnóstico de malformação fetal letal, não está associado a um óbito imediato, pode ocorrer intraútero, no período periparto, neonatal ou em meses. Com o avanço tecnológico, inclusive na área de medicina fetal, é possível diagnosticar anomalias congênitas com grande precisão.

Cuidados essenciais:

Detecção precoce: Se possível, durante a gravidez, permitir aos pais e profissionais a elaboração de um plano terapêutico durante a gestação, de acordo com a decisão da mulher/casal (Bolibio et al., 2018; Rossini & Stamm, 2020).

Pré-natal: Deve seguir normalmente. É importante que a humanização e respeito ao cuidado integral se tornem base do pré-natal de uma gestação atípica, em que a morte do feto é uma realidade (Figueroedo & Souza, 2021).

Planos de cuidados: A tomada de decisão após a suspeita ou confirmação da anomalia fetal deve ser pautada no respeito à autonomia dos pais, fundamentada e permeada por esclarecimentos, suporte emocional e diálogo respeitoso (Rossini & Stamm, 2020).

8. Morte Fetal (Anteparto e Intraparto)

A mortalidade perinatal diz respeito ao óbito que ocorre a partir da 22^a semana de gestação até o 7º dia de vida do bebê e/ou quando o feto já possui ao menos 500g; ou seja, inclui a mortalidade fetal (22^a semana de gravidez até o nascimento) e a neonatal precoce (entre zero e sete dias de vida) (Ministério da Saúde, 2009).

A morte inesperada de um bebê durante o trabalho de parto ou no nascimento (**intraparto**) é um momento angustiante e delicado para os pais. Receber cuidados de apoio e empatia da equipe, além de cuidados clínicos de alta qualidade são importantes e podem afetar o bem-estar emocional a longo prazo (Downe et al., 2012).

Cuidados essenciais:

- Elaborar o Plano de Parto junto à parturiente, no qual serão registrados os procedimentos adequados às necessidades de cuidados: escolha sobre o tipo de parto, métodos de alívio da dor e rituais de despedida do bebê (anteparto).
- Documentar o Plano de Parto para que todos tenham conhecimento sobre as opções de cuidados e uma cópia deve ser entregue aos pais.
- Disponibilizar informações sobre todos os tipos de partos, incluindo os benefícios e riscos de acordo com suas condições clínicas.
- Informar sobre o local do parto. As opções disponíveis dependerão da condição clínica da mulher e das indicações do tipo de parto.
- Proporcionar a privacidade necessária desde a internação até a alta hospitalar, para evitar o contato das mulheres com outras mães e bebês.
- Caso não seja possível garantir sala reservada, encontrar formas alternativas para oferecer privacidade (cortinas entre camas, biombos e outras).

Uma abordagem sensível e empática envolve a validação dos sentimentos e reconhecimento como pais do bebê. Que sejam informados, orientados e recebam cuidados como em todos os partos, que o bebê seja tratado e manuseado com o mesmo respeito e cuidado que um bebê vivo pelos profissionais de saúde (Persson et al., 2023).

8.1 Escolha do tipo de parto

Parto	Condutas
Parto normal espontâneo/Conduta expectante Após a confirmação da morte do bebê, é importante verificar o desejo da mulher de ir para casa esperar que o trabalho de parto comece naturalmente.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar consulta de avaliação clínica. - Orientar o retorno ao hospital para realização de exames (RCOG 2010a, 2012). - Informar aos pais sobre a possibilidade de a qualquer momento decidirem pela indução do trabalho de parto (RCOG 2012). - Comunicar que a aparência do bebê começará a mudar e que os resultados dos exames post mortem podem ser menos informativos (RCOG 2010a).
Parto Vaginal O parto vaginal é, geralmente, o tipo de parto recomendado para mulheres cujo bebê morre antes do início do trabalho de parto, a menos que haja razões clínicas para recomendar a cesariana (RCOG 2010a, 2012).	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer cuidados físicos e emocionais contínuos durante o trabalho de parto e nascimento, de acordo com a necessidade e o desejo da mulher. - Oferecer informações sobre as opções de alívio da dor, farmacológico e não farmacológico, incluindo vantagens, desvantagens e efeitos colaterais. - Disponibilizar os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e nascimento, por exemplo, exercício de respiração, água morna (banheira ou chuveiro), massagem, música e outros (NICE, 2014a). - Disponibilizar a oportunidade de conversar previamente com um anestesista, caso a opção seja por analgesia (NICE, 2014a). - Administrar a sedação somente em casos extremos de transtornos psicológicos estabelecidos para o qual a medicação é indicada. - Monitorar a evolução do parto e condições clínicas maternas pelo Partograma. - Garantir o acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. - Oferecer a oportunidade de criar memórias e realizar rituais de despedida com seu bebê, solicitando sua autorização. Algumas mulheres aceitam imediatamente e outras podem levar algum tempo. - Evitar separar a mulher do seu filho até que esteja pronta, pois isso pode atrasar ou dificultar o luto. - Descrever as condições de nascimento dos bebês, por exemplo, em casos de malformação grave ou maceração.
Parto por Indução (Uso de métodos medicamentosos ou naturais para iniciar o trabalho de parto). Os pais devem receber informações sobre o processo de indução e os potenciais benefícios e riscos associados (RCOG 2010a, 2012).	<ul style="list-style-type: none"> - Indicações: sinais de sepse, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta (RCOG 2010a). - Em casos de cesariana prévia: discutir a segurança e os riscos da indução com base no número de cesarianas, localização de sua cicatriz e os medicamentos recomendados (RCOG 2010a). - Oferecer um tempo entre a confirmação da morte e a indução do processo de trabalho de parto, permitindo absorver a notícia sobre a morte de seu bebê. - A indução do trabalho de parto pode aumentar a dor durante o trabalho de parto e isso deve ser explicado ao discutir a indução e o manejo da dor.
Parto Cesárea Algumas mulheres preferem se submeter à cesárea após a morte do bebê ou ser recomendada por razões clínicas. Potenciais implicações de riscos para a mãe nas futuras gestações estão relacionadas aos partos por cesariana (RCOG 2010a).	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer informações sobre os benefícios e riscos da cesariana, incluindo o aumento do tempo de recuperação física após a cirurgia (RCOG 2010a, 2012; Sands 2013c). - Discutir as opções de analgesia com os pais. Um anestésico regional possibilita que a mulher esteja acordada quando o bebê nascer e, caso seja a sua escolha, possa realizar os rituais de despedida e registrar memórias (ver e segurar o bebê) (Sands 2013c).

8.1.1 Morte Neonatal

A Morte Neonatal É a morte de um recém-nascido dentro dos primeiros 28 dias de vida. A redução dessas mortes envolve melhorias nos cuidados pré-natais, acesso a serviços de saúde, instruções adequadas e educação materna para evitar complicações evitáveis durante a gravidez, parto e nos primeiros dias de vida.

Cuidados essenciais:

- Comunicar aos pais e familiares o mais rápido possível.
- Oferecer suporte emocional a fim de auxiliá-los na assimilação da perda, facilitando a construção de memórias, despedidas e a expressão de sentimentos.
- Oferecer a oportunidade de os pais ficarem com o bebê e ter oportunidades de criar memórias, caso desejem.
- Com o consentimento dos pais, informar ao clínico geral da mãe ou a equipe da Atenção Primária à Saúde, oportunizando a continuidade do cuidado com a visita pós-natal e cuidados de acompanhamento.
- Orientar à mãe sobre os cuidados pós-natais, incluindo o cuidado com o leite materno armazenado na unidade neonatal, exames post mortem, atestados médico, registros de nascimento e óbito do bebê, benefícios e apoio.
- Garantir acompanhamento com a equipe responsável pelo cuidado do bebê na unidade neonatal.

8.1.2 Comunicação da Morte Perinatal

A comunicação da morte perinatal é um momento delicado e traumático para os pais e familiares. É necessário que os profissionais estejam preparados para que a notícia seja transmitida de modo que não cause maior impacto no processo de luto. **Deverá ser observados os seguintes elementos:**

Privacidade	Tempo	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none">- escolher um local tranquilo, reservado para comunicar o diagnóstico.- oferecer apoio, escuta sensível, dando atenção e liberdade para expressar seus sentimentos.- usar linguagem clara, compreensiva e verificar o entendimento.- valorizar e respeitar as decisões.	<ul style="list-style-type: none">- disponibilizar tempo para que os pais absorvam as informações e refletem sobre suas dúvidas.- reconhecer que os pais possuem diferentes níveis de conhecimento e que alguns podem precisar de explicações detalhadas, enquanto outros, podem preferir apenas a informação principal.- verificar a necessidade de apoio ou suporte para facilitar a comunicação.	<ul style="list-style-type: none">- identificar as demandas assistenciais, de acordo com as necessidades das famílias.- respeitar as crenças, os sentimentos e os desejos de ambos.- documentar a decisão dos pais nos prontuários médicos e disponibilizar uma cópia dos termos de consentimento que assinaram.- fornecer informações escritas, para que possam consultar quando precisar, de forma protocolar.

O que deve ser evitado na comunicação	Recomendação
Usar termos inadequados para se referir ao filho, como: "produtos da concepção", "restos fetais", "embrião" ou "feto", mesmo se estiverem clinicamente corretos.	<i>Escutar com atenção e sensibilidade sobre como os pais se referem ao bebê, a terminologia as quais eles se sentem confortáveis, independentemente do tempo da gestação.</i>
"Não chore, você é nova, logo terá outro filho"	<i>Nenhum filho substitui o outro. Considerar a preferência dos pais de tratar o bebê pelo nome, mesmo que não tenha sido oficialmente registrado, o que contribui para a validação da perda. Reconheça o bebê como importante para a família.</i>
"Não se preocupe com isso, tem gente passando por coisa pior"	<i>Considerar as diferentes circunstâncias inseridas no óbito perinatal. Circunstâncias diferentes exigem manejos diferentes, não existe quem sofre menos ou mais.</i>
"Ainda bem que não deu tempo de se apegar"	<i>É importante validar o sofrimento pela perda do filho, independente de tempo e idade. Geralmente, os pais desenvolvem o apego desde o momento do diagnóstico da gravidez..</i>
"Como assim você quer ver e pegar o filho morto?"	<i>É importante reconhecer a maternidade/paternidade, embora, nem todas as pessoas que experimentam uma perda perinatal se consideram como pais.</i>
Alguns comentários religiosos, tais como: "Deus quis assim", "Deus sabe o que é melhor", "Se aconteceu é porque você é forte"	<i>Se não sabe o que dizer, um abraço tem um efeito terapêutico importante.</i>
Dizer ao pai "você tem que ser forte, para apoiar sua esposa"	<i>A mulher e seu parceiro(a) sofrem pela perda do filho, cada um a seu modo e tem uma forma individual de expressar a sua dor.</i>

8.1.3 Privacidade

Cuidados essenciais:

- Acomodar as gestantes e parturientes em sala separada das demais parturientes.
- Garantir privacidade aos pais que desejam permanecer com o bebê por determinado período de tempo.
- Providenciar ambiente seguro, reservado da enfermaria do pós-parto, evitando o contato dos pais com outros bebês.
- Acomodar o acompanhante em cadeira confortável na mesma sala.

Lei Federal N° 15.139/2025

Art. 9: Cap. IV – ofertar acomodação em ala separada das demais parturientes para:

- parturientes cujo feto ou bebê tenha sido diagnosticado com síndrome ou anomalia grave e possivelmente fatal;
- parturientes que tenham sofrido perda gestacional, óbito fetal ou óbito neonatal.

8.1.4 Registros e Notificação

Após aborto, natimorto ou morte neonatal, **notas pós-natais** podem ser úteis para garantir atendimento às necessidades específicas e cuidados individualizados às mães enlutadas.

Cuidados essenciais:

- **Identificação das mães enlutadas:** Utilizar o adesivo recomendado nos prontuários hospitalares, em cartões de consultas pré-natais, pulseiras de identificação, entre outras.
- **Informações escritas:** disponibilizar folders com informações sobre as opções de cuidados: rituais de despedida, registro de óbito e certidões do bebê, contatos de organizações que oferecem apoio psicossocial, exames post-mortem e arranjos funerários (Hunter, 2015).
- **Documento de registro:** garantir que todos os documentos (Declaração de Óbito, Prontuários, Fichas de Investigação) possuam informações relevantes e completas sobre o tipo de óbito de acordo com o período da gestação. Na existência de Declaração de Nascido Vivo (DNV), registrar todas as anomalias, quando detectadas.
- **Investigação:** informar aos pais que serão contactados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para adquirir informações sobre a morte do bebê, explicando a finalidade e a importância da colaboração para fins epidemiológicos.

8.1.5 Nomeação e registro do bebê

A decisão dos pais, se desejam registrar ou nomear o bebê, deve ser respeitada, alguns pais desejam reconhecer o filho e reafirmar sua história, mesmo que breve, aos familiares e irmãos, existentes e futuros.

Cuidados essenciais:

- Garantir o direito aos pais de nomear o bebê, se assim o quiserem.
- Alguns pais desejam nomear o filho, mesmo que não seja possível identificar o sexo. Eles podem escolher um nome neutro ou com um significado especial para eles.
- Considerar que nem todos os pais desejam nomear seu bebê.
- Expedir certidão, constando a data e local do parto, o nome escolhido pelos pais ao bebê natimorto, ou de perda gestacional, bem como o carimbo da mão e do pé.

8.1.6 Possibilidade de criar memórias

Cuidados essenciais:

- **Criar uma caixa de memórias:** Itens físicos relacionados ao bebê podem ajudar a fornecer conforto, bem como ser um foco para a elaboração do luto (Brierley-Jones et al., 2014).
- Discutir com os pais sobre as opções de registros de memórias, importante para a elaboração do luto.
- Garantir a livre escolha conforme o desejo de cada pai/mãe.
- Ouvir os pais individualmente sobre suas preferências.
- Registrar as escolhas para que estejam disponíveis ao conhecimento da equipe de cuidados.

8.1.7 Despedida do bebê

A experiência de segurar e ver o bebê após a perda, é valiosa para a maioria das mulheres, mas é importante que a equipe esteja atenta e sensível às necessidades e desejos individuais de cada família (Radestad, 2009).

Cuidados essenciais:

- Respeitar as escolhas dos pais no que se refere a nomear, ver e/ou segurar o bebê, criar registros fotográficos, batizar de acordo com sua religião, sepultá-lo, etc.
- Flexibilizar o horário de visita para promover este momento.
- Permitir aos pais decidir a duração do tempo para se dedicar ao seu bebê e determinar como usar esse tempo.
- Permitir a realização de cerimônias religiosas e/ou de nomeação.
- Respeitar o desejo de alguns pais de ficar sozinhos neste momento. Eles podem precisar de pessoal para restringir visitantes.
- Perguntar aos pais sobre o desejo de higienizar e/ou vestir o bebê.
- Informar aos pais sobre a aparência do bebê em casos de anomalia visível ou maceração, antes da decisão devê-lo.

8.1.8 Cuidados com a produção/inibição do leite materno

Algumas mulheres podem achar a lactação uma experiência muito angustiante após a morte de seu bebê e escolhem a inibição farmacológica (McGuinness et al., 2014). Por outro lado, há mulheres que podem desejar manter a lactação como uma experiência de vínculo com o bebê e, assim, preferem adiar a interrupção da lactação.

É importante que os profissionais de saúde estejam aptos a oferecer orientações sobre todas as medidas necessárias às mulheres que perderam seus filhos.

Cuidados essenciais:

- Informar à mulher sobre as dificuldades que poderá sentir, como o ingurgitamento mamário, mesmo em casos de perdas em períodos gestacionais precoces.
- Orientar sobre a prevenção da mastite.
- Ofertar atenção também às mães que perderam bebês que permaneceram em UTIN, as quais estavam mantendo a rotina de ordenha do leite.
- Informar sobre a opção de supressão da lactação por meios farmacológicos ou não farmacológicos, e a opção de realizar a doação aos Bancos de Leite Humano (BLH).
- Orientar sobre os critérios para a doação, os procedimentos de extração e armazenamento do leite materno, caso a opção seja a doação ao BLH.
- Em qualquer opção de escolha da mulher, é essencial que haja acompanhamento multiprofissional.
- Sinais de mastite devem ser identificados e o tratamento medicamentoso deve ser instituído.

Lei Federal Nº 15.139/2025. Art. 10. A perda gestacional, o óbito fetal e o óbito neonatal não motivam a recusa do recebimento da doação de leite, desde que avaliada pelo responsável pelo banco de leite humano ou posto de coleta de leite humano e atendidos os requisitos sanitários.

8.1.9 Cuidados na abordagem ao Planejamento Reprodutivo

O aconselhamento sobre a prevenção de outra gravidez pode parecer extremamente insensível e inadequado, e alguns pais em luto, podem ficar ofendidos e angustiados ao serem abordados sobre esse assunto.

Cuidados essenciais:

- Ofertar com cautela e sensibilidade, o aconselhamento sobre contracepção quando estiverem prontos, inclusive a oferta de DIU e outros métodos contraceptivos.
- Aconselhar sobre a importância de respeitar o tempo para elaborar o luto pelo bebê, antes de se tornarem grávidos novamente.

- Em alguns casos, pode haver razões médicas e psicológicas convincentes para esperar o momento de uma nova gestação.
- Encaminhar para aconselhamento genético e outros especialistas, de acordo com as especificidades de cada caso.

8.1.10 Apoio Espiritual

Alguns pais, podem desejar realizar rituais religiosos após a morte do bebê, sendo um importante significado espiritual, social e/ou emocional, positivo para a elaboração do luto.

Cuidados essenciais:

- Oferecer aos pais a opção dos cuidados da capelania hospitalar.
- Disponibilizar a escuta sobre suas crenças e preferências sem julgamento e sem fazer referência às suas próprias crenças.
- Proporcionar uma sala de oração (espaço ecumênico) para uso dos pais e famílias.

8.1.11 Cuidados com o corpo do bebê

É fundamental implementar os procedimentos de forma sensível e eficiente: o manuseio, transporte e armazenamento do corpo do bebê. Sempre discutido e acordado com os pais (SANDS, 2015b).

Cuidados essenciais:

- Com o consentimento dos pais, independentemente da idade gestacional, o corpo do bebê deve ser registrado e armazenado individualmente com: nome da mãe, nome do bebê (caso tenha sido nomeado), data e hora do nascimento e/ou falecimento, sexo (se conhecido), nome da pessoa que notificou a morte, até que os pais decidam sobre investigações post mortem.
- Verificar o desejo da mãe em participar do velório e funeral do seu bebê, possibilitando a realização após a sua alta, caso ela deseje.
- A decisão de realizar ou não o velório depende das tradições familiares, culturais e das preferências pessoais.

9. Cuidados após a alta Hospitalar

9.1 Cuidados na Atenção Primária à Saúde

É importante que a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) seja capacitada para oferecer cuidados contínuos, informações e encaminhamentos necessários aos pais enlutados.

- **Antes da consulta:** familiarizar-se com a história da mãe e do bebê; obter informações sobre os procedimentos realizados e sobre o nome do bebê, se houver.
- **Ambiência:** As consultas podem ser ambulatoriais e/ou domiciliares. A escolha do local deve levar em consideração o desejo e condições de saúde dos pais, garantindo privacidade e segurança.
- **Escuta qualificada:** oferecer a oportunidade para livre expressão de sentimentos e fornecer orientações de acordo com a necessidade.
- **Avaliação da saúde integral, incluindo saúde mental:** Elaborar um Plano Terapêutico com a participação dos pais e da equipe. Lembrar que o luto não deve ser tratado como patológico, e que os pais devem ser avaliados quanto ao sofrimento emocional e/ou transtornos de saúde mental.

- **Aconselhamento e avaliação:** sobre o bem-estar físico e emocional, incluindo, lactação, contracepção e licença parental.
- **Encaminhamentos para serviços especializados de acordo com a necessidade:** aconselhamento genético e outros especialistas.
- Ofertar ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde.

9.2 Aconselhamento Pré-Gestacional após a perda perinatal

Considerando que mais da metade das mulheres que sofrem uma perda perinatal engravidam novamente dentro de um ano, o **Aconselhamento Pré-gestacional** pode ser apropriado em um estágio inicial e os profissionais de saúde devem antecipar e ser receptivos às necessidades dos pais (Dyer et al., 2019).

Cuidados essenciais:

- Atender às necessidades emocionais dos pais e fornecer informações sobre o planejamento de futuras gestações.
- Identificar e corrigir fatores de risco potenciais, reduzindo o risco de perda recorrente;
- Garantir consultas com especialistas adaptadas às necessidades clínicas e emocionais específicas, conforme necessidades das mulheres (Phelan, 2020).
- Considerar o histórico da gravidez anterior para ofertar o tratamento clínico adequado.
- Identificar intervenções específicas que ajudem a dar suporte tanto às mães quanto aos pais individualmente após a perda perinatal.

As necessidades complexas da mãe e do pai após a perda, destacam a importância de uma abordagem multidimensional, incluindo profissionais de saúde e assistência social, especialmente na área de acompanhamento e cuidados futuros (Phelan, 2020).

9.3 Encaminhamento ao Aconselhamento Genético (AG)

As doenças genéticas são causas de diversas aflições no período perinatal por constituírem uma importante etiologia de elevação da nati e neomortalidade. Grande parcela dessas condições são suspeitas no pré-natal pela ultrassonografia por estarem frequentemente associadas a malformações congênitas.

É fundamental garantir o acesso a um adequado **aconselhamento genético**. O **aconselhamento genético** deverá ser realizado no SUS nos serviços pactuados e habilitados de acordo com a portaria vigente (Brasil, 2014)².

Indicações

- Pessoas e seus familiares com doenças genéticas raras previamente diagnosticadas;
- Indivíduos, casais e gestantes com questionamento sobre riscos individuais ou para prole futura em função de doença genética rara (confirmada ou sob suspeita) na família;
- Gestantes/casais com suspeita de doença genética rara na gestação em curso que ainda não tenham sido encaminhados ao Aconselhamento Genético (FIOCRUZ, 2022).

² Portaria Nº 981, de 21 de Maio de 2014

10. Luto Perinatal

O luto perinatal é aquele vivido pela mãe e a família, a partir da morte do bebê, durante a gestação ou durante a primeira semana de vida.

A profundidade e duração do luto é individual e depende de muitos fatores, incluindo a personalidade, circunstâncias, experiências de vida, apego ao bebê e rede de apoio disponível. Embora o luto intenso, geralmente, diminua com o tempo, as mães sentem que a dor é como uma ferida que pode ser reaberta diante das memórias da perda de seu bebê por muitos anos (Sands, 2014a).

Cuidados essenciais:

- Acolher e validar o sofrimento pela perda do bebê, reconhecendo a importante perda e o impacto desta em sua vida.
- Oferecer cuidados individualizados, considerando que o luto se desenvolve com base em uma dinâmica psíquica particular, apresentando recursos subjetivos diferentes para enfrentar momentos dolorosos.
- Reconhecer e tratar a mulher e o bebê com o mesmo respeito e cuidados como em um nascimento de bebê nascido vivo.

10.1 Gestação Subsequente à Perda Perinatal

Gestação subsequente à perda perinatal é muito mais do que uma condição clínica. Suas consequências são mais profundas e transformadoras, e o fornecimento de cuidados deve ser integral para essas mulheres que vivenciam essa condição angustiante.

Além disso, o estresse materno aumenta o risco de desfechos adversos, como baixo peso ao nascer, prematuridade e recorrência de natimorto ou mortalidade neonatal, além de dificuldades na parentalidade (Henke et al., 2012; Mills et al., 2014).

É fundamental que obtenham cuidados da equipe multiprofissional, incluindo, da saúde mental, considerando que a gestação após perda perinatal está associada a uma série de sintomas psicológicos negativos e é um fator de risco significativo para depressão, ansiedade e sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

10.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

- **Captação precoce:** Garantir acesso precoce aos cuidados pré-natais (Institute of Obstetricians and Gynaecologists RCoPo, 2011).
- **Escuta qualificada:** sobre a história da perda, seu significado e os impactos na gravidez atual.
- **Comunicação sensível e empática:** sobre os achados físicos do estágio da gravidez de forma positiva em cada consulta pré-natal.
- **Anamnese/Histórico obstétrico:** identificar a causa da perda perinatal ou outras complicações, como um preditor do risco e como possível marcador para intervenção e prevenção de perdas recorrentes.
- **Estratificação de Risco:** Identificar mulheres em risco e planejar intervenções apropriadas para prevenir e tratar sintomas negativos durante a gravidez.
- **Elaboração de Planos de cuidado:** junto à equipe multiprofissional, com abordagem individualizada para o pré-natal, intraparto e pós-natais especializados.
- **Rede de Atenção Psicossocial:** Elaborar um plano terapêutico junto a equipe de Matriciamento da Rede Psicossocial (SUS).
- **Rede de apoio social:** Avaliar a qualidade da Rede de apoio social (familiares, amigos), fonte significativa para a saúde física e emocional da gestante.

10.1.2 Atenção Especializada

- **Consultas especializadas:** Garantir Pré-natal na Atenção Especializada, pois a história obstétrica de perdas perinatais pode apresentar risco aumentado do mesmo evento nas gravidezes subsequentes.
- **Exames especializados e consultas adicionais:** Programar consultas pré-natais de rotina frequentes e exames adicionais, incluindo consultas domiciliares.
- **Cuidados à saúde mental:** Diante da alta incidência de Depressão pós-parto (DPP) na gestação pós-perda, sugere-se que os profissionais da APS e atenção especializada, adquiram conhecimentos sobre os fatores de risco e proteção para intervir de forma precoce e preventiva no rastreamento dos sintomas de DPP e outros desajustes psíquicos, e elaboração do plano terapêutico junto a equipe de Maternidade da Rede Psicossocial (SUS).
- **Aconselhamento Genético:** Disponibilizar consultas de Aconselhamento Genético pré-natais com a finalidade de possibilitar informações sobre o risco potencial ou diagnóstico de uma anormalidade fetal.
- **Elaboração do Plano de Parto:** com a finalidade de fortalecer a autonomia e autoconfiança das mulheres para discutir com a equipe sobre seus direitos, adquirindo consciência da importância de assumir uma postura de protagonista do seu parto e o nascimento do bebê. Bem como ressignificar a experiência do parto da gestação anterior.
- **Monitoramento e acesso a cuidados obstétricos especializados:** As mulheres sentem que condutas e exames especializados geram maior sensação de controle, além de reduzir a ansiedade relacionada ao risco de perda recorrente.
- **Realização de recursos terapêuticos para prevenção da prematuridade ou morte do bebê:** como a cerclagem realizada até 14 semanas em mulheres portadoras de insuficiência istmo cervical (colo curto) e gestações gemelares. Os pontos são retirados com cerca de 37 semanas para que o parto possa ocorrer normalmente³.

11. Cuidado à Saúde Mental na Perda Perinatal

O luto perinatal é um fenômeno complexo e exige que TODOS os profissionais da saúde forneçam cuidados especiais às necessidades dos pais. A assistência prestada precocemente pela equipe multiprofissional é de suma importância para facilitar o enfrentamento da situação, bem como para prevenir os agravos à saúde mental.

A experiência do luto pode resultar no aparecimento de problemas de saúde mental para alguns pais ou causar uma recorrência ou exacerbação de condições prévias.

É importante reconhecer que nem todos os pais enlutados experimentam problemas de saúde mental após uma perda perinatal. No entanto, alguns pais enlutados e outros membros da família podem se beneficiar de uma avaliação quanto à presença de fatores de risco para respostas desadaptativas de luto.

11.1 Fatores de Risco à Saúde Mental após perda

- Falta de apoio dos profissionais de saúde.
- História prévia de doença mental. é importante que os pais com histórico de doença psiquiátrica sejam identificados pela equipe de saúde após sua experiência de perda.
- Mulheres que sofrem abuso doméstico.
- Violência obstétrica: experiência traumática no parto em que se sentiu sozinha, abandonada, com perda de dignidade, ignorada pelos profissionais de saúde e/ou que o atendimento foi desumano (beck et al., 2013).
- Mães adolescentes.
- Diagnósticos de certas condições médicas, como diabetes, hipertensão e trombofilia.
- Histórico de complicações obstétricas anteriores.

³<https://www.prematuridade.com/cerclagem-e-a-relacao-com-o-parto-prematuro>.

Cuidados essenciais:

- Reconhecer o estado psíquico específico do pós-parto após a perda do bebê (baby-blues, transtorno de humor, estados depressivos e psicóticos).
- Realizar escuta sensível e empática, auxiliando os pais na elaboração do luto.
- Realizar o diagnóstico precoce para auxiliar os pais a obter acesso a tratamentos oportunos e prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde mental ou física mais graves.
- Oferecer apoio à saúde mental e informações sobre autocuidado à equipe que trabalha com os pais enlutados.
- Qualificar a equipe de saúde sobre: as respostas emocionais, cognitivas e comportamentais de luto esperadas nessa fase; reconhecimento de sinais de alerta que podem indicar a necessidade de acompanhamento especializado; avaliações e opções de tratamento oferecidas localmente e em outras áreas (Khan, 2015).
- Disponibilizar suporte, aconselhamento e assistência para dificuldades, como: uso indevido de substâncias, como álcool e outras drogas; situação de violência, entre outras.
- Oferecer acesso imediato aos cuidados de saúde mental mediante o diagnóstico de psicose ou pensamentos suicidas.

12. Educação Permanente

Qualificar os profissionais de saúde, em todo nível de atenção à saúde e **cuidados centrados na pessoa e na família**.

13. Suporte emocional aos profissionais de saúde

Importante que os profissionais recebam apoio emocional suficiente, para se instrumentalizar com vistas à atenção integral no contexto das perdas perinatais (Qian et al., 2021).

14. Rede de Apoio à mulher no Luto Perinatal

A família possui papel fundamental no suporte fornecido à mulher que perdeu um filho, constituída como Rede de Apoio Primária. Ter uma pessoa próxima que demonstre preocupação e que forneça apoio é fundamental para o equilíbrio emocional (Carvalho & Meyer, 2007).

É importante quando algum familiar se disponibiliza para resolver as questões práticas e burocráticas após a morte do bebê, como o sepultamento, recursos financeiros a serem dispensados e outros.

15. Grupos de Apoio Social

Os Grupos de Apoio possuem o objetivo de auxiliar as pessoas para adaptação às novas situações após a perda perinatal. Possibilitam aos integrantes compartilhar experiências e sentimentos com a certeza de serem compreendidos.

- Oferecer aos pais informações sobre Grupos de Apoio locais.
- Manter articulação e informações sobre essas organizações.
- Considerar que os Grupos de Apoio Voluntários são complementares e não substituem o apoio fornecido pela equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. B. et al. **Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria.** Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Rio de Janeiro: SBP, 2022. 39 f.
- ALMEIDA, R. A. **Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral.** Revista SBPH, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 94-106, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516.
- ARRAIS et al. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Saúde Soc. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014.
- AVELIN, P. et al. **Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby.** Midwifery, v. 29, p. 668-673, 2013.
- BARBOSA, A. In: BARBOSA, A.; NETO, I. **Luto: Manual de Cuidados Paliativos.** 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 485-510.
- BOLIBIO, R. et al. **Cuidados paliativos em medicina fetal.** Rev Med., v. 97, n. 2, p. 208-215, 2018.
- BRASIL. **Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025.** Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental.
- _____. **Lei nº 14.598, de 14 de junho de 2023.** Determina que as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) incluam novos exames no protocolo de assistência às gestantes.
- _____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Garante o direito das gestantes de conhecer e se vincular à maternidade onde receberão assistência médica no Sistema Único de Saúde (SUS).
- _____. **Nota técnica nº 13/2024-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral, Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral, Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, 2024.
- _____. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Dulce Helena Chiaverini (Org.). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- CARVALHO, F. T.; MEYER, L. **Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e a conduta profissional frente a essas situações.** Boletim de Psicologia, v. 57, n. 126, p. 33-48, 2007.
- 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. Postagens: **Acolhimento e Suporte à Família na unidade neonatal.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/acolhimento-e-suporte-a-familia-na-unidade-neonatal/>>
- _____. **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. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos.** 2ª ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2019. Licencia: CC BY-NCSA 3.0 IGO.
- ROSSINI, M. M.; STAMM, A. M. N. F. **Malformação fetal incompatível com a vida: conduta de neonatologistas.** Rev Bioét., v. 28, n. 3, p. 531-536, 2020.