



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Protocolo Cuidado à Saúde da Mulher e Família em Luto Perinatal

Série: Instrumentos técnicos e informativos
para fortalecimento das Políticas de Saúde
e Gestão do Cuidado à Saúde

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Vice-Governadora

Jade Afonso Romero

Secretária da Saúde do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

Secretária Executiva de Atenção

Primária e Políticas de Saúde (Seaps)

Maria Vaudelice Mota

Secretário Executivo de Vigilância

em Saúde (Sevig)

Antonio Silva Lima Neto

Secretária Executiva de Atenção à Saúde

e Desenvolvimento Regional (Seade)

Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretário Executivo

Administrativo-financeiro (Seafi)

Ícaro Tavares Borges

Secretária Executiva de

Planejamento e Gestão Interna (Sepgi)

Carla Cristina Fonteles Barroso

COORDENAÇÃO

Maria Vaudelice Mota

Secretária Executiva de Atenção

Primária e Políticas de Saúde (Seaps)

Luciene Alice da Silva

Coordenadora de Políticas e Gestão do

Cuidado (Cogec)

AUTORES/ORGANIZAÇÃO

Luciene Alice da Silva – farmacêutica

Marley Carvalho Feitosa Martins –
psicóloga

Ana Virgínia Evangelista de Mendonça
– enfermeira

REVISORES

Anabela Araújo Pedrosa – psicóloga

– Serviço de Psicologia Clínica/
Maternidade Dr. Daniel de Matos/
Coimbra/Portugal

Ana Dias da Fonseca – psicóloga
professora – Grupo de Pesquisa da
Faculdade de Psicologia de Coimbra/
Portugal

PROJETO GRÁFICO

Coordenação de Comunicação

Helga Rackel Sousa Santos

Diagramação

Carla Alexia Bandeira da Costa

Supervisão

Ágda Sarah Sombra

COLABORAÇÃO

Superintendências

Albertina Iara Nascimento Lopes –

enfermeira

Ana Bruna Macêdo Matos – enfermeira

Carolina Pereira de Alencar – enfermeira

Maria Sandra dos Santos – enfermeira

Vanuza Cosme Rodrigues – enfermeira

Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (Cogec)

Isley Nayra de Lima Negromonte

Barreto – nutricionista

Priscilla Cunha da Silva – enfermeira

Thalita Helena Christian Oliveira –

assistente social

Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (Copom)

Raimunda Félix de Oliveira – psicóloga

Sarah Lima Verde da Silva – 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 de Óbitos (SVO)

Deborah Nunes de Melo – médica

patologista

Marcia Andrade dos Santos – assistente

social

Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC)

Ellaine Doris Fernandes Carvalho –

médica geneticista

Flávio Lúcio Ponte Ibiapina – médico

obstetra

Maria Denise Fernandes Carvalho –

médica geneticista

Marusa Tatiana do Nascimento Freitas

– assistente social

Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Dulce Maria Pontes Gondim – psicóloga

Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)

Emanuella Brito Ramos – psicóloga

Maternidade Escola Assis

Chateaubriand (MEAC)

Cinthia Maria G.C. Escoto Esteche –

enfermeira

Elisângela Cavalcante Diniz Duarte –

psicóloga

Emilcy Rebouças Gonçalves – médica

Obstetra

Evelyne Nunes Ervedosa Bastos –

psicóloga

Francisco Herlânio Costa Carvalho –

médico obstetra

Jordana Parente Paiva – médica

obstetra

Mara Carolina Ribeiro Gomes –

assistente social

Maria do Socorro Leonacio – psicóloga

Myrna Araújo – psicóloga

Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter

Elane Martins Silveira – psicóloga

Maximiana Maria Silva do Nascimento

– assistente social

Shirley Lopes Virino – médica pediatra

Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS – Fortaleza)

Lea Dias Pimentel Gomes Vasconcelos

– enfermeira obstetra

Ministério da Saúde –

Superintendência do Ceará

Kelly Gonçalves Meira Arruda –

advogada

Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (Cosems)

Maria do Carmo Xavier Queiroz –

terapeuta ocupacional

Sharliane Monteiro da Rocha –

enfermeira

AGRADECIMENTOS

Movimento Social – Grupo “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

2025. 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)

Série: Instrumentos técnicos e informativos para fortalecimento das Políticas
de Saúde e Gestão do Cuidado à Saúde

E-mail: coordenadoriadepolíticas@saude.ce.gov.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Protocolo cuidado à saúde da mulher e família em luto perinatal [livro eletrônico] / autores/ organização Luciene Alice da Silva, Marley Carvalho Feitosa Martins, Ana Virgínia Evangelista de Mendonça ; coordenação Maria Vaudelice Mota, Luciene Alice da Silva. -- Fortaleza, CE : Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2026. -- (Instrumentos técnicos e informativos para fortalecimento das políticas de saúde e gestão do cuidado à saúde)
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-85-5326-106-2

1. Humanização nos atendimentos à saúde
2. Direito das mulheres 3. Luto - Aspectos psicológicos 4. Protocolos médicos 5. Saúde da mulher 6. Saúde pública I. Silva, Luciene Alice da. II. Martins, Marley Carvalho Feitosa. III. Mendonça, Ana Virgínia Evangelista de. IV. Mota, Maria Vaudelice. V. Silva, Luciene Alice da. VI. Série.

26-340084.0

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

SUMÁRIO

Apresentação	5
1. Introdução.....	6
2. Objetivos.....	7
3. Fundamentação legal	8
4. Direitos das mulheres que sofrem perda gestacional e neonatal em estabelecimentos de saúde do Estado do Ceará.....	9
5. Responsabilidades dos entes federados na perda perinatal e dos serviços de saúde públicos e privados	10
6. Ciclo do cuidado à saúde da mulher e sua família nas perdas perinatais	12
6.1. Prevenção da mortalidade perinatal.....	13
6.2. Diagnósticos negativos.....	16
6.3. Acolhimento e comunicação.....	22
6.4. Boas práticas no contexto hospitalar.....	24
6.5. Orientações à mulher após a perda do bebê	28
6.6. Cuidados à saúde da mulher após a alta hospitalar.....	31
6.7. Cuidado integral na gestação após a perda perinatal	35
7. Cuidados e apoio ao luto perinatal.....	37
Referências.....	38
Anexo.....	43

Apresentação

A Secretaria da Saúde do Estado (Sesa), por meio da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (Seaps), Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (Cogec), no cumprimento da sua missão de articular, coordenar, formular políticas estratégicas para saúde, políticas institucionais, elaborar Instrumentos técnicos, normativos e gerenciais, de acordo com a complexidade e necessidade identificada, disponibiliza o **Protocolo Cuidado à Saúde da Mulher e Família em Luto Perinatal**.

Protocolos são instrumentos norteadores de natureza técnica, operacional, organizacional e política, que estabelecem direcionamentos, condutas para intervenção de problemas na gestão dos serviços, na melhoria do atendimento e na assistência prestada, levando informações relevantes no cuidado à saúde.

Este Protocolo tem por finalidade orientar os profissionais da saúde no cuidado à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e na perda perinatal, aos gestores e prestadores dos serviços de saúde no atendimento às exigências legais.

Espera-se que este trabalho contribua para o fortalecimento da Política de Humanização do Luto Materno e Parental, para que às mulheres tenham um atendimento acolhedor, centrado nos direitos da mulher, do bebê e da família.

Maria Vaudelice Mota
Secretária da Atenção Primária e Políticas de Saúde

Tânia Mara Silva Coelho
Secretária da Saúde do Estado do Ceará

1. Introdução

Mortalidade perinatal é o total de óbitos fetais ocorridos entre a 22ª semana de gestação, acrescidos dos óbitos neonatais precoces ocorridos até o 6º dia completo de vida após o nascimento. Indica a probabilidade de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana.

Apesar do importante declínio da mortalidade infantil ocorrida nos países em desenvolvimento nas duas últimas décadas, devido, principalmente, à queda da mortalidade pós-neonatal (acima de 28 dias de nascimento), verificou-se uma queda nitidamente menor nas mortes perinatais, permanecendo praticamente inalterados os coeficientes de mortalidade fetal.

O Estado do Ceará em 2024, apresentou 1.397 mortes perinatais, sendo 786 natimortos (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 (SIM/Ceará, 2024).

A principal causa de óbito perinatal no Estado, em 2024, foram as “afecções originadas no período perinatal” (85%), evidenciando que os fatores que envolvem os óbitos perinatais 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 1).

Gráfico 1. Frequência de óbitos perinatais segundo causa (CAP. CID-10), Ceará, 2024.



Fonte: Sesa/Sevig/Covep/Cevap/SIM/GT vigilância do óbito.

Nota: *dados parciais gerados em 05/05/2025, sujeitos a alteração

O acompanhamento por meio de indicadores é uma ferramenta de apoio à gestão para tomada de decisão, mas é importante verificar o impacto humano por trás das estatísticas. Identificar mulheres em risco e planejar intervenções apropriadas para prevenir e tratar sintomas negativos, podem reduzir os efeitos adversos nos meses após a perda e durante o curso de futuras gestações (Campillo et. al., 2017).

Os profissionais de saúde, geralmente, são percebidos como uma fonte de apoio aos pais, portanto, cuidado, apoio social e comportamento empático em todos os encontros podem minimizar custos adicionais e psicológicos, tanto imediatamente após a perda como a longo prazo, prevenindo consequências adversas em gestações subsequentes (Burden et al., 2016).

As experiências e percepções dos pais sobre o apoio e os cuidados que recebem desde o momento do diagnóstico até o cuidado contínuo pós-alta hospitalar, além de ter implicações na saúde física, psíquica e social, podem afetar a forma de elaboração do luto.

2. Objetivos

- Contribuir para a reorientação e a humanização do modelo de atenção ao luto pela perda perinatal.
- Humanizar o atendimento às mulheres e familiares no momento do luto por perda gestacional, por óbito fetal e por óbito neonatal.
- Promover o cuidado integral às mulheres e suas famílias na perda perinatal nos diferentes níveis de atenção.
- Apoiar os serviços na implementação da Linha de Cuidado à Saúde da Mulher e Família em Luto Perinatal.

3. Fundamentação Legal

Este Protocolo está fundamentado, entre outros, nos seguintes instrumentos legais:

Leis Federais:

Lei Federal Nº 15.139, de 26 de maio de 2025: institui a 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.

Lei Federal Nº 14.721, de 08 de novembro de 2023: amplia a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do 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 seguintes procedimentos:

- I. Ecocardiograma fetal no pré-natal de gestantes;
- II. Pelo menos 2 (dois) exames de ultrassonografia transvaginal durante o primeiro quadrimestre de gestação.

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.

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 às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Leis Estaduais:

Lei Estadual Nº 18.788, de 8 de maio de 2024: assegura direitos às mulheres que sofrem perda gestacional e neonatal em estabelecimentos de saúde do Estado do Ceará.

Lei Estadual Nº 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, mediante indicação de uma pessoa por sua livre escolha.

Lei Estadual Nº 18.915, de 12 de julho de 2024: dispõe sobre os direitos da gestante e da parturiente no âmbito do Estado do Ceará.

Lei Estadual Nº 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.

4. Direitos das mulheres que sofrem perda gestacional e neonatal

A Lei Estadual N° 18.788, de 08 de maio de 2024, assegura direitos às mulheres que sofrem perda gestacional e neonatal em estabelecimentos de saúde do Estado do Ceará.

Perda Gestacional	Perda Neonatal
Toda e qualquer situação que leve ao aborto ou óbito fetal.	Toda e qualquer situação que leve ao óbito de crianças de 0 (zero) a 27 (vinte e sete) dias de vida completos.

São direitos das mulheres que sofrem perda gestacional ou neonatal:

- I. Ser informada sobre qualquer procedimento médico adotado;
- II. Não ser submetida a procedimento sem que haja necessidade clínica fundamentada em evidência científica;
- III. Não ser submetida a nenhum procedimento ou exame sem que haja o seu livre e informado consentimento, salvo em situações excepcionais, particularmente graves, em que não seja possível obtê-lo ou no caso de risco eminente de morte da mulher;
- IV. Não ser constrangida a permanecer em silêncio ou impedida de expressar suas emoções e sensações;
- V. Escolher se quer ou não ter contato pele a pele com o natimorto imediatamente após o nascimento, desde que não ofereça riscos à saúde da mulher;
- VI. Permanecer, durante o pré-parto e o pós-parto imediato, em ala separada das demais pacientes que não sofreram perda gestacional ou neonatal, quando solicitado pela mulher;
- VII. Ser respeitado o tempo para o luto da mulher e de seu acompanhante, bem como para a despedida do bebê.

5. Responsabilidades dos entes federados na perda perinatal e dos serviços de saúde públicos e privados

Lei Federal N° 15.139, de 26 de maio de 2025: Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental

Art. 6º compete ao estado:

- I. Pactuar com os gestores municipais e no âmbito dos colegiados de gestão estratégicas, diretrizes e normas para a implantação e a implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;
- II. Ser corresponsáveis pelo monitoramento das ações da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;
- III. Fiscalizar, no âmbito do seu território, o cumprimento da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental por parte dos serviços de saúde;
- IV. Articular instituições de ensino e serviço, em parceria com os órgãos gestores relacionados à Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, para formação dos profissionais das equipes que atuam direta ou indiretamente com as famílias em situação de luto pela perda gestacional, pelo óbito fetal ou pelo óbito neonatal, bem como para garantia de educação permanente a esses profissionais;
- V. Organizar, executar e gerenciar os serviços habilitados em protocolos 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, incluídas as unidades próprias e as cedidas pela União.

Art. 7º compete aos municípios:

- I. Pactuar diretrizes e normas para a implantação e a implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;
- II. 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, incluídas as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União;
- III. 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 básica em saúde;
- IV. Ser corresponsáveis, com a União e os Estados, pelo monitoramento da execução da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;
- V. Ser corresponsáveis, com os Estados, pela fiscalização do cumprimento da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental pelos serviços de saúde, no âmbito do seu território.

Art. 9º Compete aos serviços de saúde públicos e privados, independentemente de sua forma, organização jurídica e gestão:

- I. Cumprir os protocolos estabelecidos pelas autoridades sanitárias, de forma a assegurar respostas rápidas, eficientes, padronizadas, transparentes, acessíveis e humanizadas no atendimento;
- II. Encaminhar mãe, pai e outros familiares diretamente envolvidos, quando solicitado ou constatada a sua necessidade, para acompanhamento psicológico após a alta hospitalar, a ser realizado, preferencialmente, na residência da família enlutada ou na unidade de saúde mais próxima de sua residência que dispuser de profissional habilitado;
- III. 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;
- IV. 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;
- V. Assegurar a participação, durante o parto do natimorto, de acompanhante escolhido pela mãe;
- VI. Realizar o registro de óbito em prontuário;
- VII. 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;
- VIII. Ofertar atividades de formação, de capacitação e de educação permanente aos seus trabalhadores na temática da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;
- IX. Oferecer assistência social nos trâmites legais relacionados aos casos de perda gestacional, de óbito fetal e de óbito neonatal;
- X. Garantir, caso solicitada pela família, a coleta de forma protocolar de lembranças do natimorto ou neomorto, que deve ser autorizada pelo prestador de serviços, informada à família previamente sobre a condição do feto ou bebê;
- XI. 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;
- XII. 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.

É 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.

6. Cuidado à saúde da mulher e família nas perdas perinatais

Cuidar de mulheres e sua família exige humanização, respeito à individualidade e às escolhas pessoais para lidar com o luto. O cuidado empático nesse momento é fundamental, pois sinaliza aos profissionais sobre o cuidado adequado às necessidades daqueles que estão vivenciando a perda (Salgado & Polido, 2018).

Além de um bom suporte social e emocional, as mulheres devem receber todos os cuidados físicos necessários, baseados em direitos humanos, que sejam relevantes, respeitosos, dignos e pautados em evidências científicas (OMS, 2019).

Todos os profissionais que cuidam de pais enlutados devem acessar oportunidades para desenvolver e atualizar seus conhecimentos e habilidades nesta área, além de obter supervisão para aprendizagem contínua e partilha emocional, uma vez que pode ocorrer sobrecarga emocional (Schott, 2014).

Este Protocolo visa melhorar as práticas no cuidado da equipe de saúde nas perdas perinatais, baseadas em evidências científicas, e propõe aos diferentes níveis de atenção à saúde as **recomendações, entre outras, no cuidado à mulher e família na perda perinatal nos seguintes eixos de ação:**



6.1 Prevenção da mortalidade perinatal

A prevenção da mortalidade perinatal exige uma abordagem abrangente e intersetorial focada na qualificação do cuidado e vigilância da assistência pré-natal, parto e puerpério e na organização dos serviços articulados em Rede de Atenção.

6.1.1 Na Atenção Primária à Saúde (APS)

- ✓ **Acompanhamento da mulher em idade fértil (MIF) em todo o ciclo de vida reprodutiva:** essencial para detectar, prevenir e tratar precocemente complicações que podem levar à mortalidade perinatal;
- ✓ **Avaliação pré-concepcional:** rastrear, identificar e tratar os 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:** início precoce do pré-natal, garantindo a identificação de riscos e tratamento oportuno;
- ✓ **Acolhimento e estratificação de risco:** elemento central da organização da rede de atenção à saúde, possibilitando atenção individualizada, segundo as necessidades e condições de saúde da gestante;
- ✓ **Acompanhamento sistemático do pré-natal de baixo e alto risco:** garantir número de consultas conforme recomendação do Ministério da Saúde (MS) e consultas especializadas, caso necessário;
- ✓ **Projeto terapêutico singular:** elaboração do plano de cuidados pela equipe multidisciplinar, com o objetivo de atender às necessidades específicas de cada gestante;
- ✓ **Vinculação da gestante:** definição das unidades de referência 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, identificando e tratando problemas de saúde que podem afetar a gestação, como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A participação do parceiro 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:** realizar ações de promoção, prevenção, diagnósticos e tratamento em saúde mental em articulação com a equipe da Rede de Atenção Psicossocial; realizar avaliação diagnóstica sobre depressão perinatal e outros transtornos; realizar grupos terapêuticos e encaminhamentos oportunos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em situação de agravamento.

6.1.2 Na Atenção Especializada

Entende-se como atenção especializada o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde, marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

6.1.2.1 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 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;
- ✓ **Acesso rápido a intervenções emergenciais.**

6.1.2.2 Atenção Especializada Hospitalar

- ✓ **Estrutura adequada das maternidades:** disponibilizar 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:** garantir assistência segura, humanizada e eficaz durante o processo de parto e nascimento (RDC Anvisa nº 920, de 19 de setembro de 2024);
- ✓ **Métodos para alívio da dor:** não farmacológicos (técnicas de relaxamento, massagem, hidroterapia, entre outras) e farmacológicos (analgésias);
- ✓ **Transporte hospitalar seguro:** assegurar a transferência rápida e segura das gestantes e recém-nascidos de alto risco com complicações para hospitais com recursos adequados;
- ✓ **Classificação de Robson em todas as maternidades:** monitorar a oferta da cesariana às pacientes que possuem indicação justificada;
- ✓ **Recursos necessários na sala de parto:** equipes qualificadas para lidar com possíveis complicações durante o parto e o nascimento; disponibilidade de equipamentos e materiais para avaliação, manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações;
- ✓ **Cuidados essenciais ao recém-nascido e triagem neonatal:** identificação e manejo precoce de problemas de saúde do recém-nascido, suporte neonatal imediato, como a reanimação neonatal quando necessário;
- ✓ **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:** incluir um médico obstetra, um anestesiologista e um pediatra ou neonatologista, qualificados para lidar com possíveis complicações durante o parto e o nascimento (RDC Anvisa nº 920, de 19 de setembro de 2024);
- ✓ **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;
- ✓ **Monitoramento dos recém-nascidos de risco:** garantir acompanhamento aos bebês prematuros, com restrição de crescimento intrauterino (RCIU), àqueles que sofreram asfixia perinatal, e outros;
- ✓ **Cuidados paliativos perinatais:** se for improvável a sobrevivência do bebê, oferecer no mesmo local onde a mãe está recebendo cuidados, incluindo contato pele a pele, oportunidade de passar tempo com o bebê e criar memórias;
- ✓ **Coletar o material do bebê para exames de análise após o parto, para investigação das causas do óbito;**
- ✓ **Oferecer orientações sobre os cuidados à saúde da mulher no período do puerpério.**

6.1.3 Assistência ao Recém-Nascido (RN) de risco: medidas de prevenção

Para avançar na agenda global relativa à saúde neonatal, os serviços de obstetrícia precisam assegurar que a **vida de cada RN, individualmente, é prioritária**. Nesse contexto, o progresso na sobrevivência neonatal deve incluir a **qualificação do cuidado desde o pré-natal com atendimento especializado e planejamento do cuidado do recém-nascido**.

Pré-natal	Estratificação de risco: disponibilização de recursos humanos capacitados para o reconhecimento de situações de risco no pré-natal e complicações obstétricas no parto.
Admissão ao parto	Anamnese materna: identificação de fatores de risco perinatais. Briefing: reunião entre os membros da equipe para planejar o atendimento neonatal. Preparação do material necessário para a reanimação neonatal e cuidado com o ambiente: local de fácil acesso, manutenção da temperatura (23–25°C), administração de medicamentos.
Após o nascimento	A equipe deve ficar voltada exclusivamente aos cuidados do RN, sem perder tempo ou dispersar a atenção com a busca e/ou o ajuste do material.

Recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2022):

- Discutir a possibilidade da reanimação neonatal de preferência antes do parto;
- As decisões relativas ao suporte vital poderão ser tomadas pela equipe, em conjunto com a família, após a admissão na unidade neonatal;
- Presença de profissionais médicos e de enfermagem disponíveis durante as 24 (vinte e quatro) horas no ambiente do parto, adequadamente capacitados em reanimação neonatal pelo Ministério da Saúde;
- Material necessário para reanimação neonatal, acessíveis e prontos para uso;
- Sugere ser razoável a presença da família durante os procedimentos de reanimação neonatal, desde que existam condições institucionais e manifestação da vontade;
- Qualquer decisão quanto à reanimação neonatal, deve ser relatada de modo fidedigno no prontuário materno e/ou do RN;
- Diante de alguns casos, oferecer uma abordagem consistente e coordenada entre a equipe obstétrica, a equipe pediátrica e a família, objetivo importante do cuidado ao binômio mãe-conceito.

6.2 Diagnósticos Negativos

6.2.1 Valorização das queixas maternas

Recomenda-se que os profissionais valorizem as queixas maternas e realizem o gerenciamento padronizado para detectar sofrimento fetal e reduzir a incidência de natimortalidade (Jokhan et al., 2015). **Para tanto, deve-se:**

- Fortalecer a autonomia da gestante no pré-natal orientando sobre os sinais de risco;
- Incentivar as gestantes a buscar o cuidado mediante as modificações dos movimentos fetais e outros sinais de risco;
- Ofertar exames especializados;
- **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).

6.2.2 Apoio emocional

O apoio é uma parte essencial do cuidado e deve ser disponibilizado pela equipe multiprofissional desde o diagnóstico até o retorno à comunidade, após a alta hospitalar. Além de um bom suporte social e emocional, as mulheres devem receber todos os cuidados físicos necessários (Redshaw et al., 2014).

- I. Proporcionar ambiente acolhedor com escuta empática e ativa;
- II. Transmitir confiança para livre expressão de sentimentos, livre de julgamentos;
- III. Fornecer informações compreensivas após a confirmação de diagnósticos definitivos;
- IV. Certificar-se sobre a compreensão da gestante ou casal sobre o diagnóstico e o prognóstico do bebê;
- V. Oferecer suporte emocional e social aos pais desde o momento do diagnóstico, durante a internação hospitalar, bem como no período após alta hospitalar.

6.2.3 Cuidados durante exames e diagnósticos

A **Lei nº 14.598/2023**, determina que as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) incluam novos exames no protocolo de assistência às gestantes: ecocardiograma fetal no pré-natal e, pelo menos, dois exames de ultrassonografia transvaginal durante o primeiro quadrimestre da gestação. A lei também estabelece que, se for constatada alguma alteração que possa colocar a gestação em risco, o médico deve encaminhar a gestante para o tratamento adequado.

A ultrassonografia (USG) obstétrica é um dos exames mais importantes durante a gestação. Permite acompanhar a gestação; avaliar o crescimento e a vitalidade do bebê; identificar a idade gestacional; detectar o sexo do bebê; a posição da placenta e auxiliar no diagnóstico de possíveis anomalias estruturais e/ou marcadores de anomalias cromossômicas (Skirton & Barr, 2010).

É muito importante que esse exame esteja disponível para a gestante em casos de percepções de sinais de risco e/ou alterações nos movimentos fetais.

Cuidados essenciais:

- I. Garantir acompanhante de sua escolha;
- II. Revelar os achados durante o exame, longos silêncios podem gerar ansiedade;
- III. Possuir habilidade e sensibilidade para comunicar aos pais sobre os resultados do exame;

- IV. Discutir as possíveis implicações e as opções de procedimentos disponíveis, incluindo os benefícios e riscos relacionados (RCOG, 2010b);
- V. Proporcionar a oportunidade de confirmação do diagnóstico com outros exames diante da suspeita de um problema grave;
- VI. Oferecer a oportunidade para compartilhar os sentimentos em um ambiente seguro e com privacidade;
- VII. Oferecer apoio ou acesso ao suporte de uma equipe especializada;
- VIII. Jamais abandonar os pais sozinhos na sala, sem antes, transmitir apoio.

6.2.4 Diagnóstico de intercorrências na gestação

Durante a vida intrauterina, ao identificar uma suspeita ou diante da confirmação de diagnósticos de intercorrências, os profissionais devem abordar a gestante e a família de maneira adequada, ética e moral, ao comunicar e refletir sobre o prognóstico do bebê e as opções terapêuticas para o prosseguimento da gestação.

É fundamental a pesquisa de pré-eclâmpsia durante a ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre para potencial tratamento. Outra medida fundamental é a realização do rastreamento da diabetes gestacional por meio da glicemia de jejum no primeiro trimestre e da curva glicêmica no segundo trimestre.

Em certos casos, os desfechos perinatais (como óbito intrauterino) ocorrem especialmente em formas graves da doença. O controle adequado da doença materna e intervenções oportunas (monitoramento fetal, terapias adequadas, indução do parto, se necessário) reduzem o risco.

Doenças maternas associadas ao óbito perinatal		
Doença materna	Complicações/condições	Riscos perinatais
Hipertensão gestacional	Pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP	Descolamento de placenta, RCIU*, prematuridade, óbito fetal
Diabetes mellitus (pré-gestacional/gestacional)	Toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, corioamnionite	Malformações, sofrimento fetal, parto traumático, óbito intraútero
Infecções (TORCH, sífilis, HIV, etc.)	Placenta prévia, descolamento prematuro da placenta	Malformações, aborto, prematuridade, óbito fetal/neonatal
Hemorragias na gestação	Doença cardiovascular materna, insuficiência cardíaca, arritmias, cardiopatia congênitas/adquiridas	Hipóxia fetal aguda, parto prematuro, óbito fetal
Doença cardiovascular materna	Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome do anticorpo antifosfolípide	Hipóxia fetal, baixo peso, morte perinatal
Doenças autoimunes	Proteinúria, hipertensão, insuficiência renal	Trombose placentária, aborto recorrente, óbito fetal
Doença renal crônica	Proteinúria, hipertensão, insuficiência renal	Prematuridade, RCIU, morte perinatal
Desnutrição e anemia grave	Deficiência de ferro, baixo índice de massa corporal	Baixo peso ao nascer, restrição de crescimento, óbito fetal
Uso de substâncias (álcool, drogas, tabaco)	Cocaína, crack, etanol, nicotina	Malformações, desprendimento placentário
Doenças da tireoide descompensadas	Hipotireoidismo ou hipertireoidismo mal controlado	Abortos, parto prematuro, RCIU, óbito fetal

Colestase intra-hepática da gravidez	Acúmulo de ácidos biliares maternos	Sufrimento fetal agudo, prematuridade, óbito intrauterino súbito
Trombofilias	Trombose placentária, insuficiência placentária	Abortos recorrentes, RCIU, pré-eclâmpsia, óbito fetal

6.2.5 Diagnóstico de doença fetal grave

O diagnóstico de doença fetal grave, como a anomalia congênita, não necessariamente está associado a um óbito imediato, podendo esse ocorrer intraútero, no período periparto, neonatal ou em meses. Em contrapartida, o sofrimento da família já é visível diante do diagnóstico, e agravado quando é identificada somente após o nascimento (Barbosa, 2010).

Deteção precoce: se possível, durante a gravidez, permitindo aos pais e profissionais a elaboração de um plano terapêutico (Rossini & Stamm, 2020);

Pré-natal: diante do prognóstico da possibilidade da morte do feto, a humanização e o cuidado integral devem prevalecer durante o pré-natal de uma gestação atípica, devendo seguir normalmente (Figueredo & 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).

Cuidados essenciais:

- I. Apoiar a família para que ela se prepare para vivenciar os lutos que permeiam essa experiência;
- II. Investigar causas genéticas através da cariotipagem e exames morfológicos detalhados para que seja possível traçar um plano de cuidado integral para a família;
- III. Realizar encaminhamento para unidade de referência em Medicina fetal para avaliar a possibilidade de intervenções intraútero, visando melhorar o prognóstico do bebê;
- IV. Garantir o suporte da equipe multiprofissional, com profissionais preparados para intervir de modo precoce e positivo;
- V. Oferecer suporte à família buscando tornar o momento do parto uma experiência positiva de criação de vínculo dos pais com o bebê, mesmo em situação de mau prognóstico;
- VI. Desenvolver previamente, em concordância com a família, um plano de parto indicando os cuidados com o recém-nascido após o nascimento, incluindo a indicação da via de parto mais adequada e a oferta de suporte básico ao recém-nascido, como cuidados paliativos, rituais de despedida, de acordo com os desejos dos pais;
- VII. Coletar o material do bebê para exames de análise para investigação das causas do óbito, após o parto;
- VIII. Oferecer orientações sobre os cuidados à saúde da mulher no período do puerpério.

É importante que a equipe compreenda as decisões dos pais, sem julgamentos. No entanto, em casos de discordância, o caso deve ser levado ao Conselho de Ética e Bioética. Os termos da decisão e as razões que basearam as condutas devem estar documentados no prontuário médico.

6.2.6 Diagnóstico de morte fetal (antes das 20 semanas)

É importante sugerir opções de cuidados em qualquer tipo de parto e em qualquer fase da gestação (com menos ou mais de 20 semanas), oferecendo o cuidado adequado, respeitando suas escolhas e atendendo as demandas emocionais e físicas da mulher e sua família.

Cuidados essenciais:

Opções Terapêuticas:

- Expectante: aguardar a eliminação completa e espontânea;
- Medicamentoso: misoprostol;
- Cirúrgica: dilatação e curetagem;
- Aspiração manual intrauterina (AMIU).

Recomendações:

- Utilizar a curetagem, somente se a AMIU estiver indisponível na unidade;
- São atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco: utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana (Portaria N° 1.020/2013, Art. 10, XIII).

6.2.7 Diagnóstico de morte fetal (antes do parto, a partir de 20 semanas):

Diante da confirmação do diagnóstico da morte fetal antes do parto, os pais necessitam de tempo, apoio e orientação para absorver a informação. Quando estiverem prontos, a equipe deve oferecer as orientações sobre as opções de cuidados disponíveis e apoiá-los a fazerem escolhas informadas.

Cuidados essenciais:

- I. Elaborar o plano de parto junto à parturiente, no qual serão registrados os procedimentos adequados às necessidades individuais da mulher: escolha sobre o tipo de parto, métodos de alívio da dor e rituais de despedida do bebê;
- II. Documentar o plano de parto para que todos tenham conhecimento sobre as opções de cuidados e uma cópia deve ser entregue aos pais;
- III. Disponibilizar informações sobre todos os tipos de partos, incluindo os benefícios e riscos de acordo com as condições clínicas;
- IV. Incluir o(a) acompanhante nas discussões, com o consentimento da mulher;
- V. O local do parto vai depender da condição clínica da mulher e das indicações do tipo de parto;
- VI. Permitir tempo suficiente para absorver as informações e esclarecer dúvidas;
- VII. Proporcionar a privacidade necessária desde a internação até a alta hospitalar, para evitar o contato das mulheres com outras mães e bebês;
- VIII. Internar a mulher em outros setores (ginecologia, clínica geral), caso não seja possível garantir sala reservada;
- IX. Descrever aos pais sobre as condições do bebê antes da tomada de decisão sobre ver e segurar, para que não se surpreendam, por exemplo, em casos de malformação grave ou maceração.

6.2.7.1 Escolha do tipo de parto: benefícios e riscos de acordo com as condições clínicas

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.	• Realizar consulta de avaliação clínica; • Disponibilizar o contato dos profissionais do hospital para obter informações e suporte (RCOG 2010a, 2012); • Orientar o retorno ao hospital para realização de exames (RCOG 2010 a, 2012); • Avaliar o bem-estar emocional dos pais e oferecer apoio; • Informar aos pais sobre a possibilidade de decidirem pela indução do trabalho de parto, a qualquer momento (RCOG 2012); • Comunicar que a aparência do bebê começará a mudar e que os resultados dos exames <i>post mortem</i> 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).	• 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 para conversar previamente com um anestesiologista caso a opção seja por analgesia (NICE, 2014a); • Administrar a sedação somente em casos extremos de transtornos psicológicos ou em casos 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 Os pais devem receber informações sobre o processo de indução e os potenciais benefícios e riscos associados (RCOG 2010a, 2012).	• 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 (RCOG 2010a).	• 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).

6.2.8 Diagnóstico de morte fetal intraparto (durante o trabalho de parto e o parto)

A morte inesperada de um bebê durante o trabalho de parto ou no nascimento é angustiante 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 após um natimorto (Downe et al., 2012).

Cuidados essenciais:

- I. Tratar os pais com sensibilidade e respeito ao comunicar a morte de seu bebê (Redshaw et al., 2014);
- II. Comunicar aos acompanhantes o ocorrido;
- III. Oferecer apoio contínuo e informações necessárias durante toda a assistência;
- IV. Disponibilizar o tempo necessário para despedir de seu bebê e criar memórias de acordo com o desejo deles;
- V. Assegurar a internação em quarto diferente do alojamento conjunto;
- VI. Disponibilizar à puérpera o mesmo cuidado e orientações disponibilizada à mãe de um RN.

6.2.9 Diagnóstico de parto prematuro

- I. Disponibilizar aos pais, antes do parto, a oportunidade de discutir o prognóstico e tomar decisões diante das opções dos cuidados potenciais;
- II. Fornecer orientações sobre reanimação neonatal, cuidados paliativos, deixando ciente de que poderão ser revistos quando o bebê nascer;
- III. Disponibilizar apoio contínuo e cuidados durante o trabalho de parto e parto;
- IV. Disponibilizar durante o nascimento profissionais experientes para avaliar e reanimar o bebê, se necessário;
- V. Oferecer cuidados paliativos diante da morte do bebê, incluindo contato pele a pele, oportunidade de passar tempo com o bebê e criar memórias.

6.2.10 Diagnóstico de 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 para evitar complicações evitáveis durante a gravidez, parto e nos primeiros dias de vida.

Cuidados essenciais:

- I. Comunicar aos pais e familiares o mais rápido possível;
- II. Oferecer suporte emocional, facilitando a expressão de sentimentos;
- III. Oferecer a oportunidade para passarem tempo com o bebê e ter oportunidades de criar memórias;
- IV. Informar ao clínico geral da mãe ou à equipe da Atenção Primária à Saúde, oportunizando a continuidade do cuidado com a visita puerperal e cuidados de acompanhamento;
- V. Orientar a mãe sobre cuidados puerperais, incluindo suas opções para cuidado com o leite materno armazenado na unidade neonatal, exames post mortem, atestados médicos e registros de nascimento e óbito do bebê, opções de funeral, benefícios e apoio disponibilizados na comunidade.

6.3 Acolhimento e comunicação

6.3.1 Acolhimento e atitude respeitosa

- I. Utilizar uma linguagem simples, clara e compreensível;
- II. Apoiar na compreensão do significado da perda para suas vidas;
- III. Oferecer tempo para expressar seus sentimentos e emoções sem julgamento, num contexto de tranquilidade, segurança e privacidade;
- IV. Realizar avaliação de risco e vulnerabilidade, oferecendo condutas e manejos adequados para cada caso;
- V. Validar e reconhecer o sofrimento das famílias enlutadas, oportunizando espaço de escuta.

6.3.2 Comunicação

- I. Utilizar uma linguagem simples, clara e compreensível;
- II. Requer uma ação multidisciplinar;
- III. Estabelecer a escuta ativa, qualificada, considerando a singularidade da mulher, do casal e da família;
- IV. A equipe deve manter-se informada sobre os procedimentos institucionais para oferecer orientações adequadas e oportunas aos pais.

O que deve ser evitado na comunicação

Referir-se ao bebê, como: “produtos da concepção”, “restos fetais”, “embrião” ou “feto”, mesmo se estiverem clinicamente corretos.	Escutar com atenção sobre como os pais se referem ao bebê, independentemente do tempo da gestação.
“Não chore, você é nova, logo terá outro filho”	Nenhum filho substitui o outro. Reconheça o bebê como importante para a família.
“Não se preocupe com isso, tem gente passando por coisa pior”	Cada um tem um limiar de dor, não é justo comparar a sua dor com a dor do outro. Circunstâncias diferentes exigem manejos diferentes, não existe quem sofre menos ou mais.
“Ainda bem que não deu tempo de se apegar”	É importante validar o sofrimento pela perda do filho, independente da idade. Não existe idade menos ou mais traumática para a morte de um filho.
“Como assim você quer ver, pegar e tirar foto do filho morto?”	É fundamental oferecer a oportunidade de realizar rituais de despedida do filho e que os pais sejam reconhecidos em sua paternidade neste momento.
“Deus quis assim”, “Deus sabe o que é melhor”, “Se aconteceu é porque você é forte”	Se não sabe o que dizer, um abraço tem um efeito terapêutico importante.
“Você tem que ser forte, para apoiar sua esposa”	Ambos os pais sofrem pela perda do filho. É importante respeitar o tempo e a maneira individual de cada um vivenciar o seu luto.

6.3.3 Elementos fundamentais de comunicação com a mulher e sua família no contexto da perda perinatal

Privacidade	Tempo	Oportunidades
Escolher um local tranquilo e reservado para comunicar o diagnóstico.	Disponibilizar tempo para que os pais absorvam as informações e esclareçam suas dúvidas.	Elaborar plano terapêutico singular (PTS) de acordo com as necessidades da família.
Oferecer apoio e escuta sensível, dando-lhes atenção e liberdade para expressar sentimentos.	Reconhecer que os pais possuem diferentes níveis de conhecimento e que alguns precisam de explicações detalhadas.	Envolver a mulher ou o casal na tomada de decisões.
Respeitar as crenças, os sentimentos e os desejos de ambos.	Verificar a necessidade de suporte para facilitar a comunicação, como intérpretes e outros.	Documentar a decisão dos pais nos prontuários médicos e disponibilizar uma cópia dos termos de consentimento que assinaram.

6.4 Boas práticas no contexto hospitalar

Maternidades ou centros obstétricos simbolizam vida, nascimento e alegria. No entanto, a morte pode ocorrer na obstetrícia de forma inesperada. Cabe aos profissionais da saúde, proporcionar acolhimento, apoio e assistência adequada às famílias nos diferentes contextos da perda perinatal (Redshaw et al., 2014).

6.4.1 Cuidados Paliativos Perinatais

Os cuidados paliativos perinatais consistem na assistência promovida por equipe multidisciplinar diante de uma condição que ameace a continuidade da vida, desde o diagnóstico de doença fetal grave aos cuidados dos recém-nascidos com doença ameaçadora à vida e seus familiares (WHO, 2018).

O objetivo é melhorar a qualidade de vida da mulher e sua família, pela prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Cuidados essenciais:

- I. Constituir equipes multidisciplinares de cuidados paliativos perinatais nos níveis físico, social, psicológico e espiritual, com protocolo específico;
- II. Realizar o acompanhamento a nível ambulatorial (pré-natal) e/ou na internação hospitalar;
- III. Realizar intervenção precoce desde o diagnóstico de doença fetal ou internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN);
- V. Fornecer informações pertinentes ao caso, incluindo opções de tratamento e prognóstico do bebê, respeitando sempre o que a família manifesta;
- VI. Apoiar os pais na tomada de decisões em prognósticos desfavoráveis, especialmente, em casos de anomalias e/ou inviabilidade extrauterina, em que a interrupção da gestação é legal;
- VII. Encaminhar, quando necessário, as famílias para acompanhamento em saúde mental e/ou grupos de apoio ao luto;
- VIII. Promover educação permanente da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos, comunicação de notícias difíceis, bem como sobre os dilemas bioéticos que permeiam a medicina fetal e a neonatologia.

6.4.2 Privacidade

- I. Providenciar um quarto em setores distantes da enfermaria do pós-parto, evitando o contato dos pais com outros bebês;
- II. Acomodar as mulheres, cujo feto tenha sido diagnosticado incompatível com a vida extrauterina, em ala separada das demais parturientes;
- III. Considerar as necessidades dos acompanhantes da mulher (cadeira confortável na mesma sala, banheiros próximos para homens e mulheres e alimentação);
- IV. Garantir privacidade aos pais que desejam passar um período de tempo a sós com o bebê. Os pais devem saber que os funcionários estarão disponíveis, se necessário.

Lei Federal N° 15.139/2025 Art. 9: Cap. IV – 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.

6.4.3 Notificação do óbito pela equipe de saúde

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

Cuidados essenciais:

- I. **Identificação da mãe:** nos prontuários, cartão de consultas pré-natal, pulseiras de identificação, entre outras;
- II. **Informações escritas:** disponibilizar folhetos de apoio com informações sobre as opções de cuidados para facilitar as escolhas dos pais, incluindo informações sobre: rituais de despedida, registro de óbito e certidões do bebê, contatos de organizações que oferecem apoio psicossocial, exames post-mortem e arranjos funerários. Manter essas informações atualizadas a cada seis meses;
- III. **Notificação:** garantir que todos os documentos (Declaração de Óbito, Prontuários, Fichas de Investigação) possuam informações relevantes e completas de acordo com o tipo de óbito. Na existência de Declaração de Nascido Vivo (DNV), registrar todas as anomalias, quando detectadas;
- IV. **Investigação do óbito:** informar aos pais que serão contactados pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) para adquirir informações sobre a morte do bebê, explicando a finalidade e a importância da colaboração para fins epidemiológicos.

6.4.4 Registro do nome do bebê

A decisão de dar nome ao bebê pode ajudar os pais a reconhecê-lo como filho e reafirmar sua história, mesmo que breve, aos familiares e irmãos, existentes e futuros.

Cuidados essenciais:

- I. Garantir o direito aos pais de nomear o bebê, se assim o quiserem;
- II. Considerar que nem todos os pais desejam nomear seu bebê;
- III. Mesmo que não seja possível identificar o sexo do bebê, alguns pais desejam nomear o filho. Eles podem escolher um nome neutro ou com um significado especial para eles;
- IV. Citar o nome do bebê durante a conversa com os pais;
- V. 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.

Lei Federal N° 15.139, de 26 de maio de 2025: Art. 9°, Cap. XI: 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.

6.4.5 Despedida do bebê

Passar tempo com o bebê pode ser importante para os pais, independentemente do tamanho ou condição. Esses procedimentos, quando em conformidade com o desejo dos pais, possibilitam a conexão ao seu filho, podendo ajudá-los no processo de elaboração do luto.

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:

- I. Permitir fazer a escolha informada sobre a opção de manter contato com o bebê após a morte fetal ou neonatal, reconhecendo que alguns pais vão recusar esta oferta (NICE, 2014a; Sands, 2015a);
- II. Respeitar as escolhas e preferências 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, e outros;
- III. Oferecer a oportunidade da presença de outros membros da família, como avós e irmãos, se houver. O horário de visita deve ser flexibilizado para promover esse momento;
- IV. Permitir aos pais decidir a duração do tempo para se dedicar ao bebê e como usar esse tempo;
- V. Permitir a realização de cerimônias religiosas e/ou de nomeação;
- VI. Respeitar o desejo de privacidade de alguns pais neste momento. Eles podem precisar de pessoal para restringir visitantes;
- VII. Perguntar aos pais sobre o desejo de higienizar e/ou vestir o bebê;
- VIII. Informar sobre a aparência do bebê em casos de anomalia visível ou maceração, antes da decisão de vê-lo.
- IX. Implantar o Pré-natal Psicológico para gestantes após perdas, atendendo as necessidades de redução de sintomas depressivos e de luto complicado.

Essas sugestões devem ser feitas com sensibilidade, pois é importante que os pais não se sintam sob pressão para fazer qualquer coisa que vá contra seu desejo.

6.4.6 Possibilidades de criar memórias

Criar memórias significativas pode ser importante para os pais. Estes procedimentos, de acordo com o desejo dos pais, fornecem conforto e podem ser um foco para a elaboração do luto (Brierley-Jones et al., 2014).

Cuidados essenciais:

- I. Criar uma caixa de memórias* com itens físicos relacionados ao bebê;
- II. Discutir com os pais, se possível antes do parto, sobre as opções de registros de memórias, reforçando a importância deste processo para a elaboração do luto;
- III. Oferecer a lista de possibilidades de criar memórias (Anexo);
- IV. Ouvir os pais individualmente sobre suas preferências;
- V. Garantir um tempo para refletir e decidir sobre as opções;
- VI. Registrar as escolhas para que estejam disponíveis ao conhecimento da equipe de cuidados;
- VII. Realizar os registros e a guarda do material do bebê após a alta hospitalar, caso os pais optem por refletir sobre o desejo de guardar memórias.

***Caixa de Memórias. Sugestões:**

- Registros das interações dos pais com o bebê em fotografias e vídeos*
- Primeira roupa ou manta
- Cartão do berço do bebê
- Pulseira de identificação do recém-nascido
- Mecha do cabelo (quando disponível)
- Impressões dos pés ou das mãos (à tinta)
- Impressões dos exames

6.4.7 Cuidados com o corpo do bebê

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

Cuidados essenciais:

- I. Registrar e armazenar individualmente o corpo do bebê **de forma digna**, com o consentimento dos pais, independentemente da idade gestacional, com: nome da mãe e 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 as investigações *post mortem*;
- II. Verificar o desejo da mãe em participar do velório e funeral do seu bebê, possibilitando a realização após a sua alta, caso ela desejar;
- III. Verificar com a família sobre a decisão de realizar o velório, de acordo com as tradições familiares, culturais e preferências pessoais.

Lei Federal N° 15.139/2025. Art. 9º: Cabe aos serviços de saúde públicos e privados, independentemente de sua forma, organização jurídica e gestão, 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. **Parágrafo único.** É 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.

6.5 Orientações à mulher após a perda do bebê

É importante que os profissionais de saúde ofereçam orientações sobre medidas necessárias às mulheres que perderam seus filhos antes da alta hospitalar, sobre os seguintes aspectos:

6.5.1 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. Cabe-nos humanizar a assistência à lactação para essas mulheres, individualizando as abordagens de acordo com suas necessidades.

Cuidados essenciais:

- I. Informar a mulher sobre as dificuldades que poderá sentir, como o ingurgitamento mamário, mesmo em casos de perdas em períodos gestacionais precoces;
- II. Orientar sobre a prevenção da mastite. Identificar brevemente os sinais de mastite e realizar o tratamento medicamentoso em tempo oportuno;
- III. Ofertar atenção às mães que perderam bebês que permaneceram em UTIN, as quais estavam mantendo a rotina da ordenha do leite;
- IV. Informar sobre as diferentes opções: de supressão da lactação por meios farmacológicos ou não farmacológicos, e a opção de realizar a doação aos Bancos de Leite Humano (BLH);
- V. Orientar sobre os critérios para a doação, os procedimentos de extração e armazenamento do leite materno, caso a opção seja a doação ao Banco de Leite Humano (BLH);
- VI. Em qualquer opção de escolha da mulher, é essencial que haja acompanhamento multiprofissional.

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

6.5.2 Cuidados com o planejamento reprodutivo

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

Cuidados essenciais:

- I. Ofertar com cautela e sensibilidade, o aconselhamento sobre contracepção quando estiverem prontos, inclusive a oferta de dispositivo intrauterino (DIU) e outros métodos contraceptivos;
- II. Aconselhar sobre a importância de respeitar o tempo para elaborar o luto pelo bebê, antes de engravidar novamente;
- III. Em alguns casos, pode haver razões médicas e psicológicas convincentes para esperar o momento de uma nova gestação.

6.5.3 Exames Post Mortem

Oferecer aos pais informações sobre os exames *post mortem* do bebê, seus riscos e benefícios, deixando claro que serão realizados somente mediante o consentimento e que suas opiniões e desejos serão respeitados (Siassakos et al., 2018).

Somente o médico, preferencialmente aquele que prestou assistência ao parto, poderá solicitar o exame post-mortem, seja por autópsia convencional ou por Amostragem de Tecido Minimamente Invasiva (ATMI/ MITS).

O encaminhamento para o exame poderá ser feito quando houver dúvidas em relação à causa do óbito, em caso de abortamentos e/ou perdas repetidas ou quando forem constatadas malformações congênitas no bebê.

O encaminhamento sempre deve ser precedido de autorização da família e de contato prévio com o Serviço de Verificação de Óbito Dr. Rocha Furtado, em Fortaleza.

Lei Federal Nº 15.139/2025. Art. 11: 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.

Benefícios do Exame Post Mortem

- Confirmar ou alterar um diagnóstico clínico pré-existente;
- Identificar outras condições não diagnosticadas de outra forma;
- Avaliar as chances de problemas recorrentes em uma futura gravidez;
- Determinar o sexo do bebê ao nascer, ajudando os pais a nomear seu bebê;
- Contribuir para pesquisas científicas para a prevenção de outras mortes (Heazell et al., 2012).

Cuidados essenciais:

- I. Disponibilizar tempo aos pais para esclarecer suas dúvidas sobre o exame (Sands, 2014e);
- II. Realizar o encaminhamento após o contato com a equipe de regulação do serviço de verificação de óbito (SVO);
- III. Oferecer consulta de acompanhamento para discutir os resultados;
- IV. Enviar, obrigatoriamente, a placenta e seus anexos (cordão umbilical e membranas amnióticas).

6.5.4 Autópsia minimamente invasiva (AMI)

Esse procedimento está validado por estudos em vários países, inclusive no Brasil, para diagnósticos de doenças infectocontagiosas. No Estado do Ceará, tem sido realizado pelo SVO desde 2021.

Trata-se de um procedimento de coleta de amostras de sangue, líquidos, líquido e tecidos (fragmentos dos órgãos internos), na impossibilidade de realização da autópsia convencional.

O corpo não precisa ser aberto, como em uma autópsia convencional. A coleta é feita por agulhas, com apenas pequenos orifícios para o acesso às amostras.

Cuidados essenciais:

- I. Oferecer a AMI à família, caso não admitam a autópsia convencional, como uma alternativa. Um procedimento não substitui o outro, mas pode trazer informações úteis na impossibilidade de realização da autópsia convencional;
- II. Encaminhar as amostras aos laboratórios de referências para estudos microbiológicos, de biologia molecular e anatomohistopatológico.

Exame da placenta:

- I. Enviar para autópsia no SVO, obrigatoriamente, junto ao corpo do bebê;
- II. É essencial para o diagnóstico da causa do óbito fetal;
- III. Encaminhar para um Laboratório de patologia, caso haja indicação somente de estudo da placenta. Esses laboratórios, geralmente, estão ligados aos hospitais da Rede pública que realizam os exames da própria instituição;
- IV. O exame somente da placenta não é considerado autópsia e, sim, um exame de peça cirúrgica.

6.6 Cuidados à saúde da mulher após a alta hospitalar

Tanto as mulheres quanto sua família devem receber cuidados e apoio após a morte do bebê, pois podem experimentar um luto intenso e problemas de saúde física e mental (Flenady et al., 2014). A prestação de apoio e cuidados integrais aos pais enlutados podem ajudar a diminuir o risco de agravos após a morte de seu bebê.

6.6.1. Cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na continuidade do cuidado às famílias enlutadas por perdas perinatais.

Como uma das principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável por acolher, orientar e acompanhar os pais enlutados e sua rede de apoio, garantindo suporte integral e humanizado, minimizando o sofrimento emocional e prevenindo agravos à saúde mental.

Cuidados essenciais:

- I. **Antes da consulta:** obter informações sobre a história da mãe e do bebê; sobre os procedimentos realizados e sobre o nome do bebê, se houver;
- II. **Ambiência:** escolher o local das consultas garantindo privacidade e segurança, e considerando o desejo e condições de saúde dos pais. As consultas podem ser ambulatoriais e/ou domiciliares;
- III. **Escuta qualificada:** oferecer a oportunidade para livre expressão de sentimentos e escuta empática visando fornecer orientações de acordo com a necessidade;
- IV. **Avaliação da saúde integral e aconselhamento:** avaliar o bem-estar físico e emocional, incluindo sofrimento emocional e/ou transtornos de saúde mental, lactação, contracepção, licença parental;
- V. **Plano Terapêutico:** elaborar o plano de cuidados com a participação dos pais e da equipe;
- VI. **Encaminhamentos para serviços especializados de acordo com a necessidade:** aconselhamento genético e outros especialistas.

6.6.2 Consultas domiciliares (APS)

Cuidados essenciais:

- I. Considerar a vulnerabilidade física e emocional do período puerperal;
- II. Entrar em contato com os pais para oferecer a visita, em vez de visitar sem aviso prévio;
- III. Oferecer cuidados aos sintomas físicos, como: sangramento, lactação, ferida operatória ou laceração perineal e dor;
- IV. Oferecer apoio emocional, acolhimento e escuta qualificada sobre a história dos pais;
- V. Oferecer a oportunidade para compartilhar suas memórias e lembranças do bebê;
- VI. Aconselhar os pais sobre a importância de participar de grupos de apoio e como entrar em contato com estes;
- VII. Verificar o bem-estar de toda a família, incluindo parcerias e/ou outras crianças.

6.6.3 Cuidado à Saúde Mental: APS e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A experiência do luto pode resultar em intenso sofrimento psíquico e outros agravamentos na saúde mental de alguns pais ou causar uma recorrência ou exacerbação de condições prévias de transtorno mental.

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

Considerações Importantes:

- Alguns dos problemas mais comuns de saúde mental que podem afetar os pais enlutados incluem: luto complicado, depressão, transtornos de ansiedade e estresse pós-traumático (EPTS);
- As repercussões do processo do luto podem ocorrer em ambos os pais e familiares, e podem se estender aos outros filhos ou às crianças nascidas após a morte do bebê (Milgrom et al., 2016).

Cuidados essenciais:

- I. Ofertar monitoramento e apoio adicionais a todas as mulheres que passaram por uma perda perinatal, pois possuem risco de desenvolver problemas de saúde mental;
- II. Reconhecer o estado psíquico específico do puerpério após a perda de um bebê (baby-blues, transtorno de humor, estados depressivos);
- III. Realizar a escuta sensível e empática, auxiliando os pais na elaboração do luto;
- IV. Ofertar apoio à saúde mental e informações sobre autocuidado à equipe que trabalha com os pais enlutados;
- V. Qualificar a equipe sobre: as respostas emocionais, cognitivas e comportamentais de luto esperadas nesta fase; reconhecimento de sinais de alerta; avaliações e opções de tratamento oferecidas localmente e em outras áreas (Khan, 2015);
- VI. Oferecer treinamento à equipe para realizar avaliação do Luto Complicado e Depressão Pós-parto por meio das Escalas: **Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo/EDPDS** (Edinburgh Postnatal Depression Scale) e **Escala de Luto Perinatal**;
- VII. Oferecer suporte e informações sobre a assistência para dificuldades, como o uso indevido de substâncias, como álcool e outras drogas;
- VIII. Promover o acesso imediato aos cuidados de saúde mental mediante o diagnóstico de psicose ou pensamentos suicidas;
- IX. Realizar procedimentos de avaliação/triagem por rotina a todos os casais que experienciam uma perda gestacional, com vista a identificar aqueles que estão em maior risco de desenvolver respostas de luto complicado;
- X. Oferecer encaminhamento para acompanhamento em saúde mental aos pais enlutados que apresentam dificuldades de realizar suas tarefas diárias habituais após a morte do bebê.

6.6.3.1 Cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) aos pais enlutados:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por um conjunto integrado e articulado de pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

1. Atenção Primária à Saúde (APS)

- Garantir o primeiro acesso à saúde, incluindo, cuidados em saúde mental;
- Realizar o acolhimento e escuta qualificada à pessoa em sofrimento;
- Ofertar ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde;
- Solicitar o Apoio Matricial em Saúde Mental em casos de adoecimento psíquico com maior dificuldade de manejo;

- Referenciar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da área de saúde adscrita, em situações de adoecimento com maior agravamento, sem condições de seguimento pela APS.

2. Apoio Matricial em Saúde Mental para casos de Luto Perinatal

Ações conjuntas entre a Equipe da RAPS e ESF no atendimento aos pais enlutados:

- Realizar a interconsulta: discussões de caso, diagnóstico e planejamento da terapêutica, pautada na abordagem integral e interdisciplinar;
- Elaborar o Projeto Terapêutico Singular;
- Realizar consulta conjunta na APS;
- Instituir atendimentos em Grupos de educação em saúde aos pais enlutados, dentro da proposta de promoção e prevenção à saúde;
- Realizar visita domiciliar conjunta;
- Promover Educação em saúde mental de forma longitudinal com base nas questões e problemáticas cotidianas, utilizando métodos variados, como: reuniões, seminários, discussão de casos (Brasil, 2011).

3. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

O cuidado nos CAPS deve ser realizado por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Responsável em ofertar o cuidado em saúde mental, garantindo uma assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme a situação de cada pessoa. Em algumas modalidades desses serviços também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

A Lei Federal N° 14.721/23 garante assistência psicológica gratuita às gestantes, parturientes e puérperas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A lei determina também, que os hospitais e outros estabelecimentos de saúde que atendem gestantes, públicos ou privados, devem desenvolver atividades de conscientização, educação e esclarecimento sobre a saúde mental da mulher durante toda a gravidez e puerpério.

A Lei Federal N° 15.139/2025 que Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, em seu Art. 9º, refere: “Cabe aos serviços de saúde públicos e privados, independentemente de sua forma, organização jurídica e gestão, a adoção das seguintes iniciativas: II – encaminhar mãe, pai e outros familiares diretamente envolvidos, quando solicitado ou constatada a sua necessidade, para acompanhamento psicológico após a alta hospitalar, a ser realizado preferencialmente na residência da família enlutada ou na unidade de saúde mais próxima de sua residência que dispuser de profissional habilitado.

6.6.4 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 pode ser suspeitada no pré-natal pela ultrassonografia por estarem frequentemente associadas a malformações congênitas.

O aconselhamento genético deverá ser realizado no SUS nos serviços pactuados e habilitados de acordo com a portaria vigente (Brasil, 2014).

Cuidados essenciais:

- **Atenção Primária à Saúde (APS):** tem o papel central na identificação e providenciar o acesso dos indivíduos e famílias que podem se beneficiar do aconselhamento genético;
- **Serviços ambulatoriais especializados:** devem ser compostos por serviços especializados e pelos centros de referência em Doenças Raras e possuir Protocolos e fluxos de encaminhamentos/ compartilhamento de casos definidos e de fácil acesso para uso dos profissionais.

6.6.5 Rede de apoio social

A presença dos familiares tem papel fundamental no suporte fornecido à mulher que perdeu um filho. Ter uma pessoa próxima que demonstre preocupação e que forneça apoio neste momento 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.

- I. Sugerir-lhes algumas estratégias práticas, como a busca de companhias agradáveis, que forneçam apoio emocional quando necessário;
- II. Verificar junto ao casal a possibilidade de manter uma rede social ativa, procurando a companhia daqueles que lhes confortam e fazem bem.

6.6.6 Grupos de apoio

Os grupos de apoio mútuo oferecido ao compartilhar a experiência de dor e sofrimento, auxilia os enlutados a se sentirem menos isolados e mais compreendidos (Parkes, 1998). A possibilidade de fazer parte desses grupos pode ser considerada como fonte de apoio social, na medida em que promove a transformação psicossocial (Alvarez et al., 2012).

- I. Oferecer aos pais informações sobre Grupos de Apoio locais;
- II. Manter uma lista atualizada com informações sobre essas organizações;
- III. Considerar que os Grupos de Apoio Voluntários são complementares e não substituem o apoio fornecido pela equipe de saúde;
- IV. Considerar as possíveis limitações de alguns pais para participarem desses grupos.

6.7 Cuidado integral na gestação após a perda perinatal

Lei Federal Nº 15.139/2025. Art. 11: são assegurados às mulheres que tiveram perdas gestacionais o direito e o acesso ao acompanhamento específico em uma próxima gestação, além do acompanhamento psicológico.

Gestação subsequente à perda perinatal é muito mais do que uma condição clínica, suas consequências são mais profundas e transformadoras. Portanto, é fundamental que as mulheres obtenham cuidados da equipe multiprofissional, incluindo a saúde mental, considerando que 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).

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).

Identificar mulheres em risco e planejar intervenções apropriadas para prevenir e tratar sintomas negativos durante a gravidez, podem reduzir os efeitos adversos nos meses após a perda e durante o curso dessas gestações (Campillo et al., 2017).

6.7.1 Aconselhamento pré-gestacional na APS após a perda perinatal

Considerando que mais da metade das mulheres que sofrem uma perda perinatal engravidam novamente dentro de um ano, é imperativo entender o impacto positivo do cuidado clínico e emocional após a perda perinatal, para as gestações subsequentes.

O Aconselhamento Pré-gestacional pode ser apropriado em um estágio inicial e os profissionais de saúde devem ser receptivos às necessidades dos pais (Dyer et al., 2019).

Cuidados essenciais:

- I. Atender às necessidades emocionais dos pais e fornecer orientações sobre o planejamento de futuras gestações;
- II. Oferecer o acompanhamento estruturado com aconselhamento sobre futuras opções de tratamento e apoio psicológico que se estende até a gravidez subsequente;
- III. Identificar e corrigir fatores de risco potenciais, reduzindo o risco de perda recorrente, abordando o medo e a ansiedade associados;
- IV. Disponibilizar orientação clara sobre: consultas especializadas e a implementação de possíveis medidas preventivas, como ajuste da dieta e rotinas de exercícios;
- V. Assegurar consultas com especialistas adaptadas às necessidades clínicas e emocionais específicas, conforme necessidades das mulheres (Phelan, 2020);
- VI. Estabelecer a causa da morte para aconselhar os pais adequadamente sobre o risco de natimorto em gestações futuras;
- VII. Considerar o histórico da gravidez anterior para ofertar o tratamento clínico adequado;
- VIII. Considerar a possível disparidade entre mães e pais em relação às suas aspirações para uma futura gravidez;
- IX. Identificar intervenções específicas que ajudem a dar suporte tanto às mães quanto aos pais individualmente após a perda perinatal.

6.7.2 Pré-natal: atenção primária à saúde (APS)

- I. **Captação precoce:** garantir acesso precoce aos cuidados pré-natais (Institute of Obstetricians and Gynaecologists RCoPo, 2011);
- II. **Escuta qualificada:** realizar escuta qualificada sobre a história da perda, seu significado e os impactos na gravidez atual;
- III. **Comunicação sensível e empática:** oferecer comunicação clara e empática sobre os achados físicos do estágio da gravidez de forma positiva em cada consulta pré-natal;
- IV. **Anamnese/Histórico obstétrico:** avaliar o histórico obstétrico para 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;
- V. **Estratificação de Risco:** reconhecer marcos ou pontos críticos da gravidez anterior e avaliar o risco;
- VI. **Elaboração de Planos de cuidado:** elaborar junto à equipe multiprofissional um plano de cuidados individualizados: pré-natal, intraparto e pós-natais especializados;
- VII. **Rede de Atenção Psicossocial:** elaborar um plano terapêutico junto a equipe de Matriciamento da Rede Psicossocial;
- VIII. **Cuidados individualizados:** sinalizar os prontuários para notificar os profissionais de saúde sobre a necessidade de visita domiciliar durante os períodos cruciais;
- IX. **Rede de apoio social:** avaliar a qualidade da Rede de apoio social (familiares, amigos), fonte significativa para a saúde física e emocional da gestante.

6.7.3 Atenção Especializada

- I. **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;
- II. **Exames especializados e consultas adicionais:** programar consultas pré-natais de rotina frequentes e exames adicionais, incluindo consultas domiciliares;
- III. **Cuidados e avaliação da saúde mental:** devido alta incidência de Depressão Pós-Parto (DPP) na gestação pós-perda;
- IV. **Aconselhamento genético:** disponibilizar consultas de Aconselhamento Genético pré-natais com a finalidade de possibilitar informações sobre o risco potencial ou diagnóstico de anormalidade fetal;
- V. **Elaboração do Plano de Parto:** 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 parto e nascimento do bebê;
- VI. **Monitoramento e acesso a cuidados obstétricos especializados:** consultas e exames especializados geram maior sensação de controle, além de reduzir a ansiedade relacionada ao risco de perda recorrente;
- VII. **Conhecimento sobre o histórico e a causa da perda da gestação anterior:** com a finalidade de fornecer cuidado individualizado e respeitoso;
- VIII. **Realização de recursos terapêuticos para prevenção da prematuridade ou morte do bebê:** como a cerclagem realizada entre 12 e 14 semanas, idealmente, 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 normalmente.

O envolvimento ativo no cuidado e a tomada de decisão compartilhada são particularmente valorizados e refletem boas práticas no cuidado, aumentando a autoconfiança e os sentimentos de controle. Esses cuidados, quando disponibilizados, podem auxiliar não apenas a mulher, mas também a criança, que se beneficia indiretamente das intervenções dedicadas à sua mãe.

7. Cuidados e apoio ao luto perinatal

O luto perinatal é um fenômeno complexo que exige que TODOS os profissionais de 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.

O Cuidado e apoio adequados, necessários, suficientes, provenientes de comunicação satisfatória, são fundamentais para a mulher e família em situação de luto perinatal.

Cuidados essenciais:

- Respeitar e aceitar as experiências individuais de luto de cada um (Cacciatore et al., 2008; Avelin et al., 2013);
- Reconhecer e validar o sofrimento dos homens diante do luto pela perda de seu bebê e não simplesmente como apoiador e consolador de suas esposas (Cacciatore et al. 2013);
- Oferecer cuidado individualizado, respeitando a maneira de lidar com a dor em seu próprio tempo, sem ter que cumprir as expectativas de outras pessoas sobre eles (Koopmans et al. 2013);
- Promover uma comunicação clara entre os membros do casal sobre os aspectos relacionados à perda, incluindo emoções, memórias, percepções, expectativas para o futuro;
- Incentivar os pais a expressar livremente seus sentimentos diante da perda, favorecendo oportunidades para elaborar o luto;
- Reconhecer que as crianças também experienciam o luto, e, portanto, são esperadas algumas alterações;
- Luto reconhecido pelo enlutado e pela sociedade: validação da própria dor e a dor do outro, de forma empática, permitindo que a pessoa viva o processo de luto;
- Realizar procedimentos de avaliação/triagem por rotina a todos os casais que experienciam uma perda gestacional, com vista a identificar aqueles que estão em maior risco de desenvolver respostas de luto complicado.

Referências

AHMAD, A. et al. **Impacto da disfunção tireoidiana materna nos desfechos fetais e maternos durante a gestação: um estudo de coorte prospectivo**. Journal of Pregnancy and Child Health, [S.l.], v. 11, n. 1, 2024. Springer. DOI: 10.1186/s40842-024-00212-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40842-024-00212-6>. Acesso em: 23 set. 2025.

ALMEIDA, M. F. B. e cols. **Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria**. / Maria Fernanda Branco de Almeida; Ruth Guinsburg; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Rio de Janeiro: SBP, 2022. 39 f. 2022.

ALZATE, A. P. et al. **O impacto da trombofilia nos desfechos maternos e neonatais: uma análise multissistêmica de uma coorte perinatal**. Journal of Clinical Medicine, [S.l.], v. 14, n. 11, p. 3665, 2023. MDPI. DOI: 10.3390/jcm14113665. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/11/3665>. Acesso em: 23 set. 2025.

AVELIN P. et. al., **Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby**. Midwifery 29: 668–673. 2013.

BARBOSA, A. Luto: In: A BARBOSA; I NETO. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, p. 485–510. 2010.

_____. 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 às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2005.

_____. 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)**. 2007.

_____. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 236 p.; 13x18 cm. Bibliografia; p. 219–235. ISBN 978–85–89737–67–8. 2011.

_____. Portaria GM nº 1.020/2013 define os **critérios para a habilitação e implantação de serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco**. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 981, de 21 de Maio de 2014. **Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio**. 2014.

_____. **Declaração de Óbito: Manual de instruções para preenchimento** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

_____. 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**. 2023.

_____. Lei Nº 14.721, de 08 de novembro de 2023: **amplia a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério**. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº920 DE 19 de Setembro de 2024. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Dispõe sobre o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e**

neonatal. 2024.

_____. Lei Federal N° 15.139, de 26 de maio de 2025, **Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental**. 2025.

Ceará. Lei Estadual N° 18.788, de 8 de maio de 2024: **Assegura direitos às mulheres que sofrem perda gestacional e neonatal em estabelecimentos de saúde do estado do Ceará**. 2024.

_____. Lei Estadual N° 18.798, de 10 de maio de 2024. **Assegura às mulheres o direito à presença de acompanhante em consultas e exames nos estabelecimentos públicos e privados de saúde no estado do Ceará**. 2024.

_____. Lei 18.915, de 12 de julho de 2024. **Dispõe sobre os direitos da gestante e da parturiente no âmbito do estado do Ceará**. 2024.

_____. Lei Estadual N° 16.837, de 17 de janeiro de 2019. A presente Lei 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. 2019.

BURDEN, C., et.al. **From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth**. BMC Pregnancy and Childbirth, 16(1), [9]. DOI: 10.1186/s12884-016-0800-8. 2016.

CACCIATORE J., SCHNEBLY S, FROEN JF. **The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth**. Health and Social Care in the Community 17: 167–176. 2009.

CACCIATORE J. **Psychological effects of stillbirth**. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 18: 76–82. 2013.

CAMPILLO et. al. **Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review**. BMJ Open. 7(9):e017802. 10.1136/bmjopen-2017-017802 – DOI – PMC – PubMed. 2017.

Canadian Pediatric Society Statement. **Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss**. Paediatrics & Child Health. ;6(7):469–477. 2001.

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, 57(126), 33–48. 2007.

DOWNE S, et al. **Post-mortem examination after stillbirth: views of UK-based practitioners**. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 162: 33–37. 2012.

DUARTE, C. A. M., & TURATO, E. R. **Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda gestacional: uma revisão**. Psicologia em Estudo, Maringá, 14(3), 485–490. 2009.

ELLIS, A. et al. **Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences**. BMC Pregnancy and Childbirth; 16(16):1 –19. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>. 2016.

FIGUEREDO DVA, SOUZA ASR. **Palliative care in fetal medicine**. Rev Bras Saúde Mater Infant; ; 21(4):975–6. 2021.

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/>>. 2017.

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/>>. 2017.

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: **AMIU: quando e como fazer?** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/amiu-quando-e-como-fazer/>>. 2018.

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: **Aconselhamento Genético**. Rio de Janeiro, 14 abr. 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/aconselhamento-genetico/>>. 2022.

HEAZELL A. et. al. **A difficult conversation? The views and experiences of 42mpacto and professionals on the 42mpacto process for perinatal 42 impacto f42m after stillbirth**. BJOG: Na International Journal of Obstetrics and Gynaecology 119: 987–997. 2012.

HEAZELL, A.E.P. et. al. **Stillbirths: economic and psychosocial consequences. The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group***. www.thelancet.com Published online January 18, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3). 2016.

HENKE, C.N. et. Al. **Resultados obstétricos e perinatais subsequentes à morte intrauterina na primeira gravidez**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (3): 240–244, jul.–set. 2012.

HUGETPENNER, S.; MITCHELL, B. F.; ANDERSON, J. **Doença tireoidiana materna e seus efeitos sobre o feto e os desfechos perinatais**. Prenatal Diagnosis, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 324–336, 2024. Wiley. DOI: 10.1002/pd.5684. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pd.5684>. Acesso em: 23 set. 2025.

HUNTER A. **“One chance to get it right”: providing bereavement care after stillbirth or the death of a baby**. AIMS Journal 27: 9–10. 2015. IACONELLI V. **Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês*** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614–623. 2007.

JOKHAN, S. et al. **Evaluation of the quality of guidelines for the management of reduced fetal movements in UK maternity units**. BMC Pregnancy and Childbirth . 15:54 DOI 10.1186/s12884-015-0484-5. 2015.

KHAN L. **Falling Through the Gaps: Perinatal Mental Health and General Practice**. London: Centre for Mental Health. 2015.

KOOPMANS L, WILSON T, CACCIATORE J, FLENADY V. **Support for mothers, fathers and families after perinatal death (review)**. Cochrane Database of Systematic Reviews 6: CD000452. 2013.

KOVACHEVA, R. et al. **A trombofilia pode agravar os desfechos maternos e perinatais em casos de pré-eclâmpsia grave?** Hypertension in Pregnancy, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 95–102, 2018. PubMed. DOI: 10.1080/10641955.2018.1434041. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29523280/>. Acesso em: 23 set. 2025.

MCGUINNESS D; COUGHLAN B; BUTLER M. An exploration of the experiences of mothers as 43mpa suppress lactation following late miscarriage, stillbirth or neonatal death. Evidence Based Midwifery 12: 65–70. 2014.

MILGROM J, ERICKSEN J, SVED-WILLIAMS A. 43 impact of parental psychiatric illness on infant development. In Sutter-Dallay AL, Gran Geaud-Freudenthal NM-C, Guedeney A, Riecher-Rössler A (Eds) Joint Care of Parents and Infants in Perinatal Psychiatry (pp. 47–78). London: Springer International Publishing. 2016.

MILLS, T. A., et. al. Parents’ experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. BJOG 2014; 121:943–950. 2014.

MCGUINNESS D; COUGHLAN B; BUTLER M. **An exploration of the experiences of mothers as 43mpa suppress lactation following late miscarriage, stillbirth or neonatal death**. Evidence Based Midwifery 12: 65–70. 2014.

MILGROM J, ERICKSEN J, SVED-WILLIAMS A. **43 impact of parental psychiatric illness on infant development**. In Sutter-Dallay AL, Gran Geaud-Freudenthal NM-C, Guedeney A, Riecher-Rössler A (Eds) Joint Care of Parents and Infants in Perinatal Psychiatry (pp. 47–78). London: Springer International Publishing. 2016.

MILLS, T. A., et. al. **Parents’ experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis**. BJOG 2014; 121:943–950. 2014.

MURPHY F; MERRELL J. **Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage**. Journal of Clinical Nursing 18: 1583–1591. 2009.

NHS England. NHS Chaplaincy Guidelines 2015: **Promoting Excellence in Pastoral, Spiritual and Religious Care**. Leeds: Commissioning Strategy: Equality and Health Inequalities. Available at <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/03/nhs-chaplaincy-guidelines-2015.pdf>. 2015.

NICE (2014a) **Intrapartum care for healthy women and babies, NICE clinical guideline 190**. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartumcare-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>

OAKES, G., et al. **Associação entre desfechos perinatais adversos na colestase intra-hepática da gestação e marcadores bioquímicos: uma revisão sistemática e meta-análise**. The Lancet, [S.l.], v. 391, p. 1110–1118, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31877-4. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31877-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31877-4/fulltext). Acesso em: 23 set. 2025.

O'SULLIVAN O. et al. **Predicting poor perinatal outcome in women who present with decreased fetal movements – a preliminary study**. J. Obstet Gynaecol ; 29(8):705–10. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World Health Organization. **Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers** [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2019 Sep 17]. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World Health Organization. **Why we need to talk about losing a baby**. Geneva: World Health Organization; <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby> . 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão**. São Paulo: Edusp; 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos**. 2ª edición. Washington, D.C.: . Licencia: CC BY–NCSA 3.0 IGO. 2019.

A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries. PLoS One. Aug 15;18(8):e0289617. doi: 10.1371/journal.pone.0289617. PMID: 37582089; PMCID: PMC10427022. 2023. PERSSON, M., HILDINGSSON, I., HULTCRANTZ, M., et. al. **Care and support when a baby is stillborn**:

PHELAN, I. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, Ottawa, v. 54, n. 2, p. 150–171, 2020.

PRIGERSON HG, et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM–V and ICD–11. PLoS Medicine 6: e1000121. 2013.

QIAN J–L, PAN P–E, WU M–W, et al. The experiences of nurses and midwives who provide surgical abortion care: a qualitative systematic review. J Adv Nurs ; 77:3644–56. 2021.

RÅDESTAD L., et. al. Long Term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. Midwifery 25: 422–429. 2009.

RCOG. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth: Green–top Guideline No. 55. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Available at https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf. 2010.

RCOG. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales.

PRIGERSON HG, et al. PLoS Medicine 6: e1000121. 2013.

QIAN J–L, PAN P–E, WU M–W, et al. J Adv Nurs ; 77:3644–56. 2021.

RÅDESTAD L., et. al. Midwifery 25: 422–429. 2009.

RCOG. No. 55. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Available at https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf. 2010.

RCOG. TLondon: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Available at <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>. 2010.

RCOG. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Available at <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/pi-whenyour-baby-dies-before-birth.pdf>. 2012.

REDSHAW M; ROWE R; HENDERSON J. xford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford. 2014.

RICHARDS, J., et. al. BMC Pregnancy and Childbirth 15: 143. 2015.

ROSSINI, M. M., STAMM, A.M.N.F. Rev Bioét. ; 28(3):531-6. 2020.

RYNINKS K, et. al. BMC Pregnancy and Childbirth 14: 203. 2014.

SALGADO, H.O.; POLIDO, C.A. 1.ed. São Paulo: Ema Livros, 2018. 27p.

SANDS. London: Sands. 2014.

SIASSAKOS, D., JACKSON, S. STOREY, C. Re: , BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology , 10.1111/1471-0528.15139 , 125 , 6 , (767–767). 2018.

SKIRTON, H., BARR, O. Dec;26(6):596–602. doi: 10.1016/j.midw.2009.01.002. Epub 2009 Feb 27. PMID: 19250723. 2014.

STROEBE M, SCHUT H, STROEBE W. (2013).Lancet. Dec 8;370(9603):1960–73. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816–9. PMID: 18068517.

TEODÓZIO, A. M., BARTH, M. C., & LEVANDOWSKI, D. C.

à perda gestacional. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 74, e002. <http://doi.org/10.36482/18095267.ARBP-v74.18995>. 2022.

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais de saúde mental.** 4.ed. São Paulo: Roca. 2013. ZHANG, Y. et al. **Colestase intra-hepática da gestação: ainda hoje uma doença enigmática da gravidez.** e-WGN Expert Point of View Articles, World Gastroenterology Organisation, 2020. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/publications/e-wgn/e-wgn-expert-point-of-view-articles-collection/intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy-even-today-a-puzzling-disease-of-pregnancy>. Acesso em: 23 set. 2025.

ZORNIG, HCAS. **LUTO FETAL: A INTERRUPÇÃO DE UMA PROMESSA.** Estilos clin., São Paulo, v. 21, n. 2, maio/ago. 264–281. 2016

Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Cross-cultural adaptation and validation evidence of the Perinatal Grief Scale.

Texto Contexto Enfermagem. 2017;26. doi:10.1590/0104-07072017005430015. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/d7qVdWWNXnJVZCmvKPFnk3D/>. Acesso em: 07 Mar 2021.

SANTOS MF, MARTINS FC, PASQUALI L. **Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil.** Rev Psiquiatria Clínica. 1999;26(2 sup):90–95. Acesso em: 05 Jul 2022.

Anexo

Lista de sugestões para criação de memórias

Criar memórias com o seu bebê pode ajudar a fornecer conforto, bem como um foco para sua dor. O objetivo é oferecer oportunidades para criar memórias positivas, respeitando a sua vontade.

Nome do Hospital:
Endereço:

Favor marcar S (Sim) ou N (Não) conforme o seu desejo:

Opções	Sim	Não
Nomear o bebê		
Ver o bebê		
Segurar o bebê		
Registrar com fotos		
Arrumar e vestir o bebê (se possível)		
Pegadas e impressões de mãos e pés (se possível)		
Mecha de cabelo (se o bebê tiver cabelo)		
Cartão do berço do bebê		
Pulseira com o nome		
Batizado ou outra celebração de acordo com a crença		
Levar o bebê para casa		
Outra opção		

Fonte: Adaptado de © 2022 Sands – Saving babies' lives. Supporting bereaved families.

Observações:

Assinatura da mãe e/ou pai: _____

Data: ____/____/____



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE