REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

LUTO MATERNO INVISIBILIZADO APÓS NATIMORTALIDADE E ÓBITO NEONATAL: FRAGILIDADES E ESTRATÉGIAS DO CUIDADO EM SAÚDE

INVISIBLE MATERNAL GRIEF AFTER STILLBIRTH AND NEONATAL DEATH: GAPS AND STRATEGIES IN HEALTHCARE

DUELO MATERNO INVISIBILIZADO TRAS LA MUERTE FETAL Y NEONATAL: FRAGILIDADES Y ESTRATEGIAS DEL CUIDADO EN SALUD

Janaína Pinheiro Gonçalves
Doutora em Biodiversidade e Biotecnologia Universidade Federal do Pará - UFPA
E-mail: janaina.goncalves@afya.com.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1608-0247

Evelyn Conceição Fonseca Ribeiro
Bacharel em Medicina pela Universidade Ceuma – UNICEUMA
E-mail: evelynfonseca25@hotmail.com

Francineti Maria Rodrigues Carvalho
Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará - UFPA
E-mail: pma45abaete@outlook.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-2244-5632

Veronica Giuliane Monteiro Ferreira
Mestra em Ensino e Biologia pela Universidade Federal do Pará - UFPA
E-mail: veronica.ferreira@icb.ufpa.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1733-3536

Valdomiro Vale de Carvalho Junior
Mestre em Cidades, Territórios, Identidades e Educação pela Universidade Federal do Pará – UFPA
E-mail: valdomiro.junior@abaetetuba.ufpa.br
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-6847-5253

Yvens Ely Martins Cordeiro
Doutor em Ciências Agrárias pela Universidade Federal Rural da Amazônia - UFRA
Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0596-002X
E-mail: yemcordeiro@ufpa.br

RESUMO
A natimortalidade e o óbito neonatal interrompem uma maternidade já vivida no corpo, nos vínculos e nas expectativas familiares, produzindo um luto que ainda pode ser secundarizado nas rotinas assistenciais. Este estudo analisou, à luz de documentos oficiais e da literatura científica recente, as repercussões do luto materno, as fragilidades do cuidado em saúde e as estratégias capazes de fortalecer uma atenção integral, humanizada e continuada após essas perdas. Realizou-se pesquisa qualitativa, documental e bibliográfica, de caráter descritivo-analítico, com fontes oficiais, normativas, diretrizes clínicas e estudos científicos publicados prioritariamente entre 2021 e agosto de 2026. Os materiais foram examinados por análise de conteúdo temática e triangulação interpretativa das fontes, organizadas em três eixos correspondentes aos objetivos do estudo. Os achados evidenciaram sofrimento psíquico, culpa, isolamento, ruptura de projetos de maternidade e dificuldades de reconhecimento social da perda. Também foram identificadas fragilidades na comunicação da morte, na preparação das equipes, na privacidade, no apoio psicossocial e, sobretudo, na continuidade após a alta. O marco normativo brasileiro recente avançou com a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e sua integração à Rede Alyne, mas sua efetividade depende da tradução das normas em fluxos assistenciais verificáveis. Conclui-se que o cuidado precisa articular acolhimento, comunicação sensível, memória e despedida, avaliação psicossocial, seguimento territorial e coordenação multiprofissional.

PALAVRAS-CHAVE: Luto materno. Natimortalidade. Óbito neonatal. Humanização da assistência. Continuidade do cuidado.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

ABSTRACT
Stillbirth and neonatal death interrupt a motherhood already experienced through the body, affective bonds, and family expectations, producing grief that may still be marginalized within healthcare routines. This study analyzed, through official documents and recent scientific literature, the repercussions of maternal grief, weaknesses in healthcare, and strategies capable of strengthening comprehensive, humanized, and continuous care after these losses. A qualitative, documentary, and bibliographic study with a descriptive-analytical design was conducted using official sources, regulations, clinical guidelines, and scientific studies published mainly between 2021 and August 2026. The material was examined through thematic content analysis and interpretive triangulation, organized into three analytical axes corresponding to the study objectives. Findings showed psychological distress, guilt, isolation, disruption of motherhood projects, and difficulties in the social recognition of loss. Gaps were also identified in death communication, staff preparation, privacy, psychosocial support, and especially continuity after discharge. Brazil's recent regulatory framework has advanced with the National Policy for the Humanization of Maternal and Parental Grief and its integration into the Alyne Network, but effectiveness depends on translating regulations into verifiable care pathways. Care should therefore combine sensitive communication, welcoming practices, memory and farewell opportunities, psychosocial assessment, territorial follow-up, and multiprofessional coordination.

KEYWORDS: Maternal grief. Stillbirth. Neonatal death. Humanized care. Continuity of care.

RESUMEN
La muerte fetal y la muerte neonatal interrumpen una maternidad ya vivida en el cuerpo, en los vínculos y en las expectativas familiares, produciendo un duelo que aún puede quedar relegado en las rutinas asistenciales. Este estudio analizó, a partir de documentos oficiales y literatura científica reciente, las repercusiones del duelo materno, las fragilidades de la atención sanitaria y las estrategias capaces de fortalecer un cuidado integral, humanizado y continuo después de estas pérdidas. Se realizó una investigación cualitativa, documental y bibliográfica, de carácter descriptivo-analítico, con fuentes oficiales, normas, guías clínicas y estudios científicos publicados prioritariamente entre 2021 y agosto de 2026. Los materiales fueron examinados mediante análisis temático de contenido y triangulación interpretativa de las fuentes, organizadas en tres ejes correspondientes a los objetivos del estudio. Los hallazgos evidenciaron sufrimiento psíquico, culpa, aislamiento, ruptura de proyectos de maternidad y dificultades para el reconocimiento social de la pérdida. También se identificaron fragilidades en la comunicación de la muerte, la preparación de los equipos, la privacidad, el apoyo psicosocial y, sobre todo, la continuidad después del alta. El marco normativo brasileño reciente avanzó con la Política Nacional de Humanización del Duelo Materno y Parental y su integración a la Red Alyne, pero su efectividad depende de convertir las normas en flujos asistenciales verificables. Se concluye que el cuidado debe articular acogida, comunicación sensible, memoria y despedida, evaluación psicosocial, seguimiento territorial y coordinación multiprofesional.

PALABRAS CLAVE: Duelo materno. Muerte fetal. Muerte neonatal. Humanización de la atención. Continuidad del cuidado.

1 INTRODUÇÃO

A natimortalidade e o óbito neonatal não representam apenas desfechos obstétricos ou neonatais. A morte de um bebê antes do nascimento ou nas primeiras semanas de vida rompe expectativas construídas durante a gestação, altera vínculos familiares e alcança a própria forma como a mulher vinha se reconhecendo como mãe. O sofrimento, por isso, não se encerra na confirmação clínica do óbito. Ele atravessa o corpo, a memória, os projetos familiares e a relação posterior com os serviços de saúde. Quando a assistência responde apenas ao evento biológico, uma parte decisiva da experiência da mulher permanece sem nome, sem escuta e, muitas vezes, sem continuidade de cuidado.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde considera natimorto o bebê que morre após 28 semanas de gestação, antes ou durante o parto, e reconhece que a natimortalidade produz repercussões psicológicas, sociais e econômicas para mulheres e famílias (World Health Organization, s.d.). O óbito neonatal corresponde à morte ocorrida nos primeiros 28 dias de vida, período que concentra quase metade das mortes de crianças menores de cinco anos no mundo (World Health Organization, 2024). Essas definições situam a magnitude sanitária do problema, mas não dão conta, por si sós, da experiência de quem retorna do parto ou da internação sem o bebê esperado.

No Brasil, o reconhecimento institucional desse sofrimento ganhou um marco específico com a Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025, que instituiu a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e estabeleceu como objetivo assegurar atendimento humanizado diante de perda gestacional, óbito fetal e óbito neonatal (Brasil, 2025). Em 2026, a Portaria GM/MS nº 10.273 regulamentou ações para implementar essa política de forma integrada à Rede Alyne no Sistema Único de Saúde, com ênfase em acolhimento, atenção integral e cuidado humanizado (Brasil, 2026b). A mudança normativa é relevante porque transforma uma necessidade frequentemente tratada como questão privada em responsabilidade explícita dos serviços de saúde.

O avanço legal, contudo, não elimina automaticamente as lacunas assistenciais. Estudos recentes descrevem dificuldades na comunicação da morte, preparo desigual das equipes, baixa padronização do cuidado ao luto e descontinuidade do acompanhamento depois da alta (Roberts et al., 2024, p. 2003; Zhuang et al., 2022, p. 49). A experiência também é atravessada por desigualdades sociais e raciais: uma coorte nacional com mais de 21 milhões de nascimentos identificou diferenças persistentes nos desfechos neonatais segundo raça/cor materna e escolaridade, inclusive após ajustes por fatores socioeconômicos e maternos (Rebouças et al., 2024). Assim, discutir luto materno implica observar simultaneamente a dor da perda, a qualidade do cuidado e as condições concretas que determinam quem consegue acessar apoio oportuno e continuado.

Diante desse cenário, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: quais fragilidades do cuidado em saúde, evidenciadas em documentos oficiais e na literatura científica recente, contribuem para a invisibilização do luto materno após a natimortalidade e o óbito neonatal, e quais estratégias assistenciais podem fortalecer uma atenção integral, humanizada e continuada? O objetivo geral foi analisar, à luz de documentos oficiais e da literatura científica recente, as repercussões do luto materno, as fragilidades do cuidado em

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

saúde e as estratégias assistenciais capazes de fortalecer a atenção integral, humanizada e continuada após a natimortalidade ou o óbito neonatal. Como objetivos específicos, buscou-se: caracterizar as repercussões emocionais, sociais e subjetivas dessas perdas na experiência materna; identificar fragilidades institucionais e assistenciais relacionadas ao acolhimento, à comunicação, à escuta e ao seguimento; e discutir estratégias de cuidado humanizado, multiprofissional e continuado que possam reduzir a invisibilização do luto nos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, documental e bibliográfica, de caráter descritivo-analítico. O desenho foi escolhido porque o problema investigado não busca medir causalmente a ocorrência do luto nem avaliar diretamente a atuação de um serviço específico, mas compreender como documentos públicos, marcos normativos, dados institucionais e estudos científicos descrevem as repercussões da perda e as respostas assistenciais oferecidas às mulheres. A abordagem qualitativa permite examinar sentidos, práticas, relações e lacunas institucionais que não se reduzem a frequências estatísticas (Minayo, 2014).

A vertente documental reuniu normas, protocolos, diretrizes, páginas institucionais e informações epidemiológicas de acesso público relacionadas à natimortalidade, ao óbito neonatal, à atenção obstétrica e neonatal, ao puerpério, à saúde mental e ao luto materno. Foram priorizados documentos do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal, da Fundação Oswaldo Cruz e de secretarias de saúde, além de diretrizes internacionais com pertinência direta ao cuidado perinatal. A pesquisa documental foi utilizada não apenas para localizar regras formais, mas para examinar prioridades, formas de registro e respostas institucionais expressas nos próprios documentos (Cellard, 2008, p. 295-316).

A literatura científica teve função analítica e interpretativa e foi buscada nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e PubMed. Utilizaram-se combinações, em português e inglês, dos termos “luto materno”, “luto perinatal”, “natimortalidade”, “óbito fetal”, “óbito neonatal”, “perinatal *bereavement*”, “*stillbirth*”, “neonatal *death*”, “*humanized care*”, “*health services*” e “*continuity of care*”, articuladas pelos operadores AND e OR conforme a

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

base consultada. O emprego de “luto perinatal” como termo de busca ampliou a sensibilidade da recuperação, mas a análise permaneceu delimitada à natimortalidade e ao óbito neonatal, conforme o objeto do artigo.

O recorte principal compreendeu publicações entre janeiro de 2021 e agosto de 2026, período adotado para privilegiar evidências, políticas e práticas recentes. Foram admitidas exceções anteriores quando indispensáveis ao fundamento metodológico ou conceitual, como a análise documental, a pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo e a classificação brasileira de causas de morte evitáveis. Essa decisão evitou a falsa equivalência entre atualidade cronológica e relevância científica, ao mesmo tempo que manteve o foco da discussão no cenário assistencial contemporâneo.

Foram incluídos documentos oficiais com autoria institucional identificável e estudos científicos revisados por pares que apresentassem relação direta com pelo menos um dos três eixos do estudo: repercussões do luto; fragilidades do cuidado; ou estratégias de atenção após a perda. Também foram considerados trabalhos sobre desigualdades perinatais quando contribuíam para compreender barreiras de acesso, qualidade da assistência ou vulnerabilidades que atravessam a experiência do luto. Foram excluídos materiais duplicados, textos opinativos sem base documental, publicações sem identificação da fonte, estudos sobre mortalidade infantil que não permitiam distinguir o componente fetal ou neonatal e trabalhos cuja população ou desfecho não guardasse relação analítica com o objeto.

A análise seguiu três momentos articulados. Primeiro, realizou-se a pré-análise, com leitura integral, organização das fontes e identificação de sua natureza, temporalidade e pertinência. Em seguida, o material foi codificado e agrupado em categorias temáticas vinculadas aos objetivos específicos: repercussões emocionais, sociais e subjetivas; fragilidades institucionais e assistenciais; e estratégias de cuidado humanizado, multiprofissional e continuado. Por fim, procedeu-se à interpretação dos núcleos de sentido, observando convergências, tensões, ausências e mudanças normativas, conforme os princípios da análise de conteúdo temática (Bardin, 2016).

Para aumentar a consistência interpretativa, foi realizada triangulação entre três tipos de evidência: documentos normativos e institucionais; dados e painéis epidemiológicos oficiais; e estudos científicos nacionais e internacionais. A triangulação não foi empregada para produzir equivalência entre fontes de naturezas distintas, mas para verificar se problemas identificados na literatura apareciam também nas normas, nos sistemas de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

informação e nas diretrizes de cuidado. Não houve entrevistas, observação, intervenção clínica nem acesso a dados individuais identificáveis. Por essa razão, as conclusões do artigo dizem respeito ao que as fontes analisadas permitem sustentar e não devem ser lidas como avaliação causal de serviços específicos ou como representação direta da experiência de todas as mulheres enlutadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 REPERCUSSÕES EMOCIONAIS, SOCIAIS E SUBJETIVAS DO LUTO MATERNO

A primeira categoria analítica mostrou que a perda fetal tardia e a morte neonatal atingem dimensões que ultrapassam o desfecho clínico. A mulher pode vivenciar simultaneamente a morte do bebê, a interrupção de um projeto de futuro e a ruptura de uma identidade materna que já vinha sendo construída durante a gestação. O luto perinatal envolve emoções dinâmicas, não lineares e profundamente relacionadas às expectativas formadas em torno do bebê e da maternidade (Fiocruz, 2023). Nesse sentido, a intensidade do sofrimento não pode ser inferida apenas pelo tempo de vida extrauterina ou pela duração da gestação.

A literatura brasileira descreve o óbito fetal como uma experiência que pode permanecer socialmente desautorizada, porque a mãe vive uma perda real sem receber o mesmo reconhecimento concedido a outras mortes familiares. A expressão “luto sem voz” sintetiza esse desencontro entre a intensidade da dor e a dificuldade de legitimá-la publicamente (Oliveira *et al*., 2022, p. 644). Essa invisibilização se produz quando pessoas próximas ou profissionais tratam a perda como algo que deve ser rapidamente superado, evitam mencionar o bebê ou desconsideram que vínculos, nomes, imagens e expectativas já integravam a vida familiar.

Culpa, tristeza intensa, sensação de vazio, ansiedade e dificuldade para reorganizar a vida aparecem de forma recorrente nas experiências de luto perinatal descritas pela literatura (Zhuang *et al*., 2022, p. 49). A culpa merece atenção especial porque pode levar a mulher a buscar em suas próprias ações uma explicação para a morte, mesmo quando as causas são clínicas, obstétricas, fetais, neonatais ou permanecem indeterminadas. Materiais de orientação do Instituto Fernandes Figueira também alertam para a frequência de perguntas autorreferidas sobre falha, responsabilidade e causa após a perda (Fiocruz, 2023).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

O cuidado qualificado precisa, portanto, evitar respostas moralizantes e oferecer informação clínica sem transformar a incerteza em responsabilização materna.

A forma como a notícia é comunicada permanece na memória das famílias e pode influenciar a experiência posterior do luto. Mães que vivenciaram morte neonatal atribuíram grande importância à clareza da comunicação, ao respeito nos últimos momentos com o bebê e à disponibilidade dos profissionais para explicar o que estava acontecendo (Redshaw; Henderson; Bevan, 2021). Falas apressadas, informações contraditórias ou ausência de profissionais disponíveis podem ampliar a sensação de abandono justamente quando a família se encontra mais vulnerável (Redshaw; Henderson; Bevan, 2021). A comunicação, nesse contexto, não é um detalhe relacional do atendimento, mas parte do próprio cuidado.

O apoio familiar pode funcionar como proteção, desde que reconheça a singularidade da perda e respeite o tempo da mulher. Em estudo qualitativo com mães enlutadas, a presença do parceiro e da família foi descrita como fator de apoio quando havia disponibilidade para escutar e acompanhar, enquanto minimização, silêncio e comentários insensíveis aumentavam isolamento e sofrimento (Fernández-Cox *et al*., 2025). Isso ajuda a compreender por que algumas tentativas de “consolar” produzem efeito contrário: ao negar a existência do vínculo ou pressionar por uma recuperação rápida, retiram da mulher a possibilidade de narrar e significar o que aconteceu.

A possibilidade de ver, tocar, segurar, vestir ou participar de cuidados com o bebê pode assumir valor simbólico para algumas famílias, desde que seja oferecida como escolha e nunca como imposição. Em estudo sobre construção de memórias no cuidado neonatal de fim de vida, experiências de contato e participação nos cuidados ajudaram pais a afirmar a identidade do bebê e o próprio lugar parental (Thornton; Nicholson; Harms, 2021, p. 51). O reconhecimento do nome e da parentalidade também aparece como componente relevante de um cuidado respeitoso após a perda (Jansens *et al*., 2024). O ponto central não é prescrever um ritual único, mas garantir condições para que cada família decida como deseja viver a despedida.

As repercussões do luto também alcançam relações conjugais, rotina de trabalho, convívio social e futuras gestações. A intensidade e a duração do sofrimento variam, de modo que não há uma sequência universal de reações que permita definir um percurso “correto” para o luto. Diretrizes de cuidado recomendam que preferências culturais, religiosas e familiares sejam respeitadas e que sinais de sofrimento persistente ou agravado sejam avaliados sem patologizar reações esperadas à perda (NSW Health, 2025, p. i). Essa

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

perspectiva evita dois extremos igualmente problemáticos: abandonar a mulher sob a ideia de que “o tempo resolve” ou medicalizar automaticamente toda expressão de tristeza.

A equipe de saúde ocupa posição decisiva porque participa de momentos que se tornam referências permanentes na memória familiar. Profissionais brasileiros reconhecem a complexidade do cuidado diante do óbito fetal, mas relatam limites de formação e dificuldades para lidar com a comunicação e com a própria carga emocional do trabalho (Paris; Montigny; Pelloso, 2021). A lacuna formativa pode favorecer condutas defensivas, distanciamento excessivo e comunicação pouco sensível, não necessariamente por falta de interesse, mas por ausência de preparo institucional para situações de morte e luto.

Na enfermagem, a proximidade com a mulher durante internação, parto, puerpério imediato e alta amplia a possibilidade de acolhimento, mas também exige suporte técnico e emocional às equipes. Revisão integrativa brasileira identificou como elementos centrais do cuidado aos pais após óbito fetal a escuta, a comunicação sensível, o apoio emocional e o respeito às necessidades da família (Bezerra *et al*., 2024). Quando a assistência se reduz a medicação, documentação e rotina de alta, o óbito pode estar devidamente registrado enquanto o sofrimento permanece sem uma resposta assistencial correspondente.

A análise conjunta das fontes permite compreender a invisibilização do luto como processo relacional e institucional, e não como ausência de sofrimento. Ela ocorre quando o bebê deixa de ser reconhecido como parte de uma história familiar, quando a mulher encontra pouco espaço para falar da perda ou quando o serviço encerra o atendimento assim que conclui as tarefas clínicas imediatas. As evidências sobre memória, reconhecimento da parentalidade e comunicação mostram que pequenas práticas podem ter grande significado, desde que respeitem escolhas individuais e sejam sustentadas por uma equipe preparada (Thornton; Nicholson; Harms, 2021, p. 51; Jansens *et al*., 2024).

Desse primeiro eixo resulta uma implicação direta para o cuidado: a perda precisa ser reconhecida em sua dupla condição de evento clínico e experiência humana. A assistência obstétrica e neonatal continua imprescindível, mas sua qualidade também se revela na capacidade de comunicar a morte, reconhecer o vínculo, proteger a privacidade e oferecer continuidade. Dessarte, o sofrimento psíquico, a culpa, o isolamento, a ruptura de projetos e a deslegitimação social não são efeitos periféricos da natimortalidade e do óbito neonatal; constituem parte do problema de saúde que os serviços precisam acolher.

3.2 FRAGILIDADES INSTITUCIONAIS E ASSISTENCIAIS APÓS A PERDA PERINATAL

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

A segunda categoria evidenciou uma diferença importante entre registrar a morte e cuidar de quem permanece. O Sistema de Informações sobre Mortalidade é essencial para vigilância, produção de indicadores e planejamento em saúde, mas sua finalidade não é acompanhar psicossocialmente as famílias após o óbito (Brasil, 2026c). O Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal amplia a visibilidade dos óbitos e de sua evitabilidade, contribuindo para a gestão epidemiológica (Brasil, 2026a). Esses instrumentos são indispensáveis, mas não substituem protocolos de comunicação, acolhimento, avaliação emocional e seguimento pós-alta.

A análise da evitabilidade também exige precisão conceitual. Mortes evitáveis são aquelas potencialmente reduzíveis por ações efetivas e oportunas dos serviços de saúde, conceito empregado para avaliar possibilidades de prevenção e qualidade da atenção (Malta *et al*., 2007, p. 233-244). Evitabilidade não é sinônimo jurídico de negligência profissional. A associação automática entre os dois termos seria metodologicamente inadequada porque a caracterização de negligência depende de apuração clínica, técnica e jurídica individualizada. No artigo, portanto, os indicadores de evitabilidade são utilizados como marcadores de oportunidade assistencial, e não como prova de culpa.

Em 2023, o Ministério da Saúde informou 20,2 mil mortes infantis e fetais por causas evitáveis no país, o menor total da série histórica iniciada em 1996, mas ainda expressivo em termos de saúde pública (Brasil, 2024a). Em 2024, a Febrasgo divulgou 22.919 mortes fetais e quase 20 mil óbitos neonatais com base em informações nacionais (Febrasgo, 2025). Esses números demonstram magnitude, não explicam isoladamente as causas de cada morte e tampouco medem a qualidade do cuidado ao luto. Sua principal utilidade neste estudo é evidenciar que milhares de famílias atravessam anualmente situações em que prevenção, comunicação da morte e cuidado posterior precisam estar articulados.

A relação entre mortalidade e qualidade assistencial aparece com maior nitidez em análises locais. Em Niterói, estudo de série temporal identificou que 68,6% dos 324 óbitos neonatais examinados entre 2012 e 2022 foram classificados como evitáveis, com predomínio de causas reduzíveis por atenção adequada durante a gestação (Machado; Kale; Fonseca, 2024). O resultado não pode ser generalizado automaticamente para o Brasil, mas mostra como falhas no pré-natal, na identificação de risco e na resposta oportuna podem anteceder perdas que, depois de ocorridas, também exigirão cuidado qualificado às famílias.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

A descontinuidade após a alta apareceu como uma fragilidade recorrente. Uma revisão de escopo sobre diretrizes usadas imediatamente após perda perinatal mostrou que a existência de recomendações não garante implementação uniforme e que treinamento, organização institucional e continuidade são elementos decisivos para transformar diretrizes em prática (Roberts *et al*., 2024, p. 2003). Essa distinção ajuda a explicar por que uma mulher pode receber atendimento tecnicamente correto no hospital e, ainda assim, sair sem referência clara para acompanhamento psicológico, atenção primária ou apoio social.

Os cuidados paliativos perinatais também permanecem marcados por desigualdade de oferta e barreiras de incorporação. Profissionais brasileiros relataram dificuldades relacionadas à organização dos serviços, formação e integração entre equipes na oferta de cuidados paliativos perinatais (Azevedo; Junqueira-Marinho; Gomes, 2025). O achado é relevante para perdas antecipadas ou associadas a condições fetais e neonatais limitantes de vida, pois o cuidado pode começar antes da morte, permitindo planejamento compartilhado, comunicação progressiva e apoio à família.

No Brasil, iniciativas estaduais oferecem exemplos de institucionalização do cuidado. O Protocolo de Cuidado à Saúde da Mulher e Família em Luto Perinatal do Ceará organiza orientações para acolhimento, comunicação, privacidade, despedida e encaminhamento, explicitando que o sofrimento após a perda requer resposta assistencial estruturada (Ceará, 2025). A existência de protocolos locais é um avanço, mas também revela a necessidade de reduzir variações entre serviços e territórios. Diretrizes internacionais apresentam preocupação semelhante: a qualidade metodológica e a aplicabilidade dos protocolos variam, o que exige adaptação criteriosa antes de sua implementação (Zhuang *et al*., 2022, p. 49).

As desigualdades territoriais e sociais atravessam tanto o risco de morte quanto a possibilidade de receber cuidado posterior. A distribuição da mortalidade fetal apresenta padrões regionais persistentes no Brasil, demonstrando que os óbitos não se distribuem de forma homogênea no território nacional (Rocha *et al*., 2025). Em locais com menor densidade de serviços especializados, grandes distâncias e transporte difícil, o retorno para acompanhamento tende a exigir mais recursos da família. Essas barreiras tornam especialmente importante que a continuidade seja organizada pelo serviço, em vez de depender exclusivamente da iniciativa da mulher enlutada.

A dimensão racial precisa ser tratada com evidência e sem generalizações. Em coorte nacional de 21.261.936 nascidos vivos entre 2012 e 2019, estimou-se que 11,8% das mortes

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

neonatais precoces poderiam ter sido evitadas se todas as mulheres apresentassem a mesma taxa observada entre mulheres brancas; as frações atribuíveis foram de 20,1% entre mulheres negras e 19,6% entre mulheres indígenas (Rebouças *et al*., 2024). O estudo não mede diretamente o cuidado ao luto, mas demonstra que desigualdades étnico-raciais já se expressam nos desfechos perinatais e precisam ser consideradas quando se discute equidade na atenção após a perda.

Experiências de racismo obstétrico ajudam a compreender um dos mecanismos pelos quais desigualdades podem alcançar a relação assistencial. Mulheres negras relataram desqualificação da fala, menor oferta de informação, tratamento rude e naturalização da dor durante pré-natal e parto (Guimarães *et al*., 2025). Esses achados não autorizam concluir que todas as mulheres negras enlutadas receberão cuidado inadequado, mas indicam que raça/cor deve integrar a análise de qualidade e segurança do cuidado, especialmente quando a perda se soma a experiências anteriores de desconfiança ou violência institucional.

Outro problema reside na qualidade dos próprios registros. Comparações entre sistemas de informação mostram desigualdades regionais na enumeração dos óbitos fetais e diferenças de captação entre fontes, o que pode afetar estimativas e planejamento (Marques; Silva; Almeida, 2024). Registros incompletos não são apenas uma questão estatística: quando a informação sobre a perda não circula adequadamente entre hospital, vigilância e atenção primária, aumenta o risco de a mulher reencontrar o sistema sem que sua situação de luto seja conhecida ou considerada.

O marco normativo brasileiro recente modifica esse cenário ao tornar explícita a responsabilidade pública pelo luto materno e parental. A Lei nº 15.139/2025 determina atendimento humanizado diante de perda gestacional, óbito fetal e óbito neonatal e prevê ações relacionadas à assistência psicológica, privacidade, informação e reconhecimento da criança nascida morta (Brasil, 2025). A regulamentação de 2026 integrou a política à Rede Alyne e definiu ações de acolhimento, atenção integral e cuidado humanizado no SUS (Brasil, 2026b). A Portaria GM/MS nº 5.350/2024, que estruturou a Rede Alyne, já havia reforçado a articulação da atenção materna e infantil em rede (Brasil, 2024b).

A principal fragilidade, portanto, deixou de ser apenas a inexistência de referências normativas e passou a incluir o desafio de implementação. Para que a política produza mudança concreta, os serviços precisam transformar princípios em rotinas: quem comunica a morte, onde a mulher será acolhida, como se registra sua preferência de despedida, quem avalia risco psicossocial, qual profissional assume o seguimento e como a atenção primária

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

será informada. A literatura também reforça que prevenção da natimortalidade e cuidado de apoio ao luto precisam ser pensados como dimensões complementares da qualidade assistencial, e não como agendas concorrentes (Atkins *et al*., 2023). Esse segundo eixo responde ao objetivo de identificar fragilidades ao mostrar que a invisibilização pode persistir mesmo em sistemas que registram óbitos e dispõem de normas, quando comunicação, qualificação profissional, privacidade e continuidade não estão incorporadas ao percurso assistencial.

3.3 ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO HUMANIZADO, MULTIPROFISSIONAL E CONTINUADO

A atenção à mulher enlutada não deve terminar na confirmação do óbito, no parto, na emissão de documentos ou na alta. Diretrizes da Organização Mundial da Saúde para o período pós-natal defendem cuidado centrado na pessoa, bem-estar, informação, apoio consistente e continuidade nas primeiras semanas após o parto (World Health Organization, 2022). Embora o documento não seja específico para luto perinatal, seus princípios sustentam uma assistência que reconheça necessidades físicas e psíquicas da mulher também quando o bebê morreu.

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental oferece base normativa mais específica. A lei estabelece a humanização do atendimento e prevê medidas de acolhimento às mulheres e familiares diante de perdas gestacionais, fetais e neonatais (Brasil, 2025). A portaria que regulamenta sua implementação no SUS a integra à Rede Alyne e reforça a necessidade de atenção integral e cuidado humanizado (Brasil, 2026b). A partir desse marco, humanização deixa de ser apenas uma recomendação ética genérica e passa a exigir desenho institucional, responsabilidades definidas e monitoramento.

Uma linha de cuidado coerente começa pela comunicação. A informação sobre a morte deve ser clara, gradual quando possível, compreensível e oferecida em ambiente que preserve privacidade. Diretrizes de *New South Wales* colocam comunicação empática, continuidade, apoio emocional e respeito às preferências familiares entre os princípios centrais do cuidado após perda gestacional ou perinatal (NSW Health, 2025, p. i). A padronização não significa produzir uma fala mecânica; significa garantir que nenhum

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

profissional precise improvisar sozinho e que nenhuma família dependa do acaso para receber informação respeitosa.

A enfermagem e a obstetrícia têm papel estratégico por permanecerem próximas da mulher ao longo do cuidado hospitalar. Intervenções psicossociais conduzidas por enfermeiras e parteiras podem melhorar desfechos relacionados a luto, ansiedade, depressão e estresse em pais que vivenciaram perda perinatal, embora sua efetividade dependa de treinamento e condições institucionais para que sejam realizadas (Xie *et al*., 2024). Revisões sobre intervenções de enfermagem também destacam apoio à tomada de decisão, acompanhamento individualizado, criação de memórias e contato posterior como práticas potencialmente úteis (Fernández-Férez *et al*., 2021).

A criação de memórias deve ser tratada como possibilidade, e não como protocolo obrigatório. Fotografias, impressões de mãos ou pés, identificação pelo nome, objetos, banho, vestimenta e tempo de contato podem ter significado para determinadas famílias, enquanto outras podem preferir não realizá-los. O benefício está na autonomia e no reconhecimento do vínculo, não na repetição de um ritual padronizado (Thornton; Nicholson; Harms, 2021, p. 51). Por isso, profissionais precisam apresentar opções com delicadeza, registrar preferências e permitir mudança de decisão sempre que clinicamente possível.

A avaliação em saúde mental deve ocorrer sem presumir que toda mulher enlutada desenvolverá um transtorno. O cuidado deve diferenciar sofrimento esperado de sinais de agravamento, considerar história prévia, intensidade dos sintomas, rede de apoio, condições sociais e risco de autoagressão. A OMS recomenda que rastreamentos de depressão e ansiedade no pós-parto sejam realizados apenas quando houver capacidade de confirmação diagnóstica e manejo dos casos identificados (World Health Organization, 2022). No luto perinatal, esse princípio reforça que rastrear sem oferecer acompanhamento produz uma resposta incompleta.

A medicina, especialmente obstetrícia, neonatologia e medicina de família, precisa integrar investigação clínica e acolhimento. Diretriz irlandesa para natimortalidade recomenda abordagem estruturada que inclua confirmação diagnóstica, investigação das causas, comunicação cuidadosa e organização do seguimento da família (McDonnell *et al*., 2023). Explicar o que é conhecido, o que permanece incerto e quais exames ou consultas serão necessários pode reduzir desinformação e culpa. O esclarecimento etiológico, entretanto, não deve ocupar o lugar da escuta; ambos pertencem ao mesmo percurso de cuidado.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

A assistência social torna-se indispensável quando a perda se associa a barreiras materiais e administrativas. Deslocamento, documentação, sepultamento, acesso a benefícios e encaminhamento à rede socioassistencial podem se tornar tarefas difíceis para famílias em sofrimento. A legislação brasileira de 2025 ampliou o reconhecimento de direitos ligados ao luto materno e parental, inclusive no registro de criança nascida morta (Brasil, 2025). Integrar serviço social à linha de cuidado ajuda a evitar que a mulher precise resolver sozinha questões burocráticas enquanto ainda enfrenta repercussões físicas e emocionais da perda.

A atenção primária deve participar do seguimento, não apenas receber a mulher caso ela procure espontaneamente a unidade. O cuidado puerperal integra a atenção continuada à saúde da mulher no SUS e oferece oportunidade para avaliar recuperação física, sofrimento psíquico e necessidades familiares (Brasil, 2023). Diretrizes analisadas para o puerpério na atenção primária também enfatizam intervenções psicossociais e atenção à saúde mental como componentes relevantes do período pós-natal (Santos; Rattner, 2025). Para mulheres enlutadas, isso exige fluxo de comunicação entre maternidade e território, evitando consultas que ignorem a perda recém-ocorrida.

A continuidade depende de coordenação. O modelo de *New South Wales* recomenda cuidado continuado e articulação das necessidades práticas e emocionais após a perda, reduzindo fragmentação entre profissionais e serviços (NSW Health, 2025, p. i). Na realidade brasileira, um profissional ou equipe de referência pode cumprir função semelhante ao organizar informações, confirmar encaminhamentos e facilitar o contato com atenção primária, psicologia, serviço social ou serviços especializados. Trata-se de uma estratégia de navegação do cuidado, especialmente útil em redes complexas ou em territórios com grandes distâncias.

Programas ativos de encaminhamento oferecem outra possibilidade. Um estudo piloto de encaminhamento após morte perinatal estruturou a conexão de famílias com recursos de apoio e avaliou a utilização desses serviços, deslocando o cuidado de uma lista passiva de contatos para um processo acompanhado de referência (Michelson *et al*., 2026, p. 581). A experiência não deve ser transplantada mecanicamente para o SUS, mas oferece um princípio aplicável: encaminhamento só se torna efetivo quando o serviço verifica se a pessoa conseguiu acessar o cuidado indicado.

Os cuidados paliativos perinatais podem antecipar parte desse percurso quando há diagnóstico de condição fetal ou neonatal limitante de vida. Famílias descrevem a

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

necessidade de suporte que integre dimensões emocionais, psicológicas e práticas, preservando a dignidade do bebê e a participação parental nas decisões (Latham *et al*., 2026, p. 1). Quando há tempo para planejamento, a equipe pode discutir preferências, possibilidades de contato, medidas de conforto, documentação, rituais e apoio pós-óbito antes que a família precise tomar todas as decisões no momento de maior choque.

A formação profissional precisa acompanhar a criação de protocolos. Diretrizes sem treinamento podem permanecer restritas ao papel, e treinamentos isolados podem perder efeito se o serviço não oferecer espaço, tempo e responsabilidades definidas. A literatura sobre diretrizes de luto perinatal mostra que qualidade metodológica e implementação são dimensões inseparáveis (Zhuang *et al*., 2022, p. 49; Roberts *et al*., 2024, p. 2003). Por isso, comunicação de más notícias, cuidado culturalmente sensível, tomada de decisão compartilhada, saúde mental perinatal e autocuidado das equipes devem integrar educação permanente, supervisão e revisão de casos.

A própria equipe também necessita de apoio. Profissionais expostos repetidamente à morte fetal e neonatal podem experimentar sofrimento moral, insegurança e desgaste, especialmente quando trabalham sem protocolos ou espaços de discussão. Estudos brasileiros mostram que a falta de preparo interfere na segurança com que trabalhadores abordam a família enlutada (Paris; Montigny; Pelloso, 2021). Cuidar de quem cuida não desloca o foco da mulher; contribui para que os profissionais consigam permanecer presentes, comunicar-se de modo sensível e tomar decisões sem recorrer ao distanciamento como única estratégia de proteção.

A síntese das evidências permite propor seis componentes articulados de uma linha de cuidado: comunicação sensível e privacidade; respeito às escolhas de contato, memória e despedida; avaliação clínica, psicológica e social antes da alta; profissional ou equipe de referência; comunicação formal com a atenção primária e outros pontos da rede; e seguimento ativo nos casos de maior vulnerabilidade ou sofrimento persistente. Esses componentes dialogam com o marco legal brasileiro recente e com diretrizes internacionais de continuidade (Brasil, 2025; Brasil, 2026b; NSW Health, 2025, p. i). A efetividade, contudo, depende de adaptação ao território, disponibilidade de profissionais e monitoramento de indicadores de processo, e não apenas da publicação de protocolos.

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas. A análise documental e bibliográfica permite identificar padrões, lacunas e possibilidades de organização do cuidado, mas não mede a implementação real das políticas em cada serviço

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

nem substitui a experiência narrada diretamente por mulheres e famílias. As fontes também apresentam definições, contextos e desenhos metodológicos distintos, o que impede tratar seus resultados como se fossem equivalentes. Além disso, o marco normativo brasileiro está em rápida transformação, especialmente após a Lei nº 15.139/2025 e a Portaria GM/MS nº 10.273/2026. Essas limitações indicam a necessidade de pesquisas de campo que avaliem implementação, experiência das usuárias, equidade territorial e continuidade do cuidado em diferentes regiões do país.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise respondeu ao problema de pesquisa ao mostrar que a invisibilização do luto materno não decorre de um único ato ou de uma ausência absoluta de assistência. Ela se constrói quando o cuidado se concentra no desfecho clínico e burocrático e deixa em segundo plano a comunicação, o reconhecimento do vínculo, a privacidade, o apoio psicossocial e a continuidade após a alta. Documentos oficiais e estudos científicos convergem ao indicar que a morte fetal ou neonatal repercute sobre a subjetividade, as relações familiares e a forma como a mulher volta a se relacionar com os serviços de saúde.

O primeiro objetivo específico evidenciou que sofrimento psíquico, culpa, isolamento, ruptura de projetos de maternidade e dificuldade de legitimar socialmente a perda constituem dimensões centrais do luto. Esses efeitos não se apresentam de maneira idêntica em todas as mulheres e não devem ser convertidos em uma sequência padronizada de reações. A assistência precisa reconhecer a singularidade da experiência e oferecer opções de cuidado sem impor rituais, prazos ou modos considerados “adequados” de sofrer.

O segundo objetivo mostrou que as fragilidades institucionais aparecem principalmente na comunicação da morte, na preparação desigual das equipes, na ausência de fluxos pós-alta, na fragmentação entre pontos da rede e nas barreiras sociais, territoriais e raciais que condicionam o acesso. Os sistemas de informação e os indicadores de mortalidade são indispensáveis para vigilância e prevenção, mas não substituem o cuidado à mulher enlutada. Da mesma forma, a existência de protocolos não garante, por si só, que acolhimento e continuidade estejam incorporados à rotina.

O terceiro objetivo permitiu organizar estratégias concretas para uma linha de cuidado: comunicação sensível; privacidade; respeito às escolhas de memória e despedida; avaliação clínica, psicológica e social; coordenação multiprofissional; referência definida antes da alta;

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

comunicação com a atenção primária; e seguimento ativo quando necessário. A Lei nº 15.139/2025 e sua regulamentação integrada à Rede Alyne em 2026 criam uma oportunidade institucional importante para que essas práticas deixem de depender apenas da iniciativa individual de profissionais ou serviços.

A implementação desse marco deve ser acompanhada por educação permanente, definição de responsabilidades, articulação entre maternidade, atenção primária, saúde mental e assistência social e indicadores capazes de verificar se o seguimento realmente ocorre. Também é necessário observar equidade, pois distância, pobreza, raça/cor e oferta desigual de serviços podem transformar um direito formal em cuidado inacessível. Estudos futuros devem escutar mulheres e familiares, comparar territórios e avaliar como a política está sendo incorporada aos fluxos reais do SUS.

Reconhecer o luto materno não significa retirar centralidade da prevenção da mortalidade fetal e neonatal. Significa admitir que um sistema de saúde de qualidade precisa atuar antes, durante e depois da perda. Prevenir mortes evitáveis, comunicar com dignidade quando a morte ocorre e sustentar o cuidado de quem permanece são responsabilidades complementares. É nesse encontro entre competência técnica, vínculo e continuidade que a maternidade interrompida deixa de ser tratada como um episódio encerrado na alta e passa a ser reconhecida como experiência que exige responsabilidade pública e cuidado humano.

REFERÊNCIAS

ATKINS, Bethany et al. Stillbirth: prevention and supportive bereavement care. **BMJ Medicine**, London, v. 2, n. 1, e000262, 2023. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000262.

AZEVEDO, Christianne Terra de Oliveira; JUNQUEIRA-MARINHO, Maria de Fátima; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Cuidados paliativos perinatais no Brasil: práticas e barreiras na perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 147, e10474, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710474P.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, Nycarla de Araújo et al. O cuidado de enfermagem aos pais que vivenciaram o óbito fetal: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 1, e20220811, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0811pt.

BRASIL. **Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025**. Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

sobre o registro de criança nascida morta. Brasília, DF: Presidência da República, 2025. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2025/lei-15139-23-maio-2025-797488-publicacaooriginal-175460-pl.html. Acesso em: 8 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_8ed_rev.pdf. Acesso em: 8 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos. Acesso em: 8 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 8 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: https://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/infantil-e-fetal/. Acesso em: 8 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.273, de 26 de fevereiro de 2026**. Dispõe sobre as ações destinadas à implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, de forma integrada à Rede Alyne, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2026/prt10273_27_02_2026.html. Acesso em: 8 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade: SIM**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sim. Acesso em: 8 ago. 2026.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Protocolo: cuidado à saúde da mulher e família em luto perinatal**. Fortaleza: SESA, 2025. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2025/03/Protocolo-Cuidado-a-Saude-da-Mulher-e-Familia-em-Luto-Perinatal.pdf. Acesso em: 8 ago. 2026.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al*. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

FEBRASGO. **Em 2024, no Brasil, ocorreram 22.919 mortes fetais e quase 20 mil óbitos neonatais**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2025. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/noticia/em-2024-no-brasil-ocorreram-22-919-mortes-fetais-e-quase-20-mil-obitos-neonatais/. Acesso em: 8 ago. 2026.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

FERNÁNDEZ-COX, Claudia Eva et al. Factors associated with perinatal bereavement among mothers in Bolivia: a qualitative study. **Healthcare**, Basel, v. 13, n. 6, 615, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare13060615.

FERNÁNDEZ-FÉREZ, Alba *et al*. Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 11, 5587, 2021. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18115587.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Principais questões sobre luto perinatal**. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Rio de Janeiro, 17 mar. 2023. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-luto-perinatal/. Acesso em: 8 ago. 2026.

GUIMARÃES, Juliana Cristina Nascimento et al. Racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto: um estudo qualitativo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 46, e20240265, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240265.pt.

JANSENS, Jozefiene *et al*. A qualitative study of bereaved parents and healthcare professionals on perinatal loss. **European Journal of Midwifery**, Heraklion, v. 8, 2024. DOI: https://doi.org/10.18332/ejm/194159.

LATHAM, Rhiannon et al. Parental experiences of perinatal loss, with a focus on hospice provision: a thematic analysis. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 24, e22, p. 1-8, 2026. DOI: https://doi.org/10.1017/S1478951525101223.

MACHADO, Samuel Stoliar de Vilhena; KALE, Pauline Lorena; FONSECA, Sandra Costa. Evitabilidade e tendência temporal da mortalidade neonatal em Niterói/RJ, 2012 a 2022. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 24, e20230273, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000273.

MALTA, Deborah Carvalho *et al*. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, 2007. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742007000400002.

MARQUES, Lays Janaina Prazeres; SILVA, Zilda Pereira da; ALMEIDA, Marcia Furquim de. Desigualdades regionais na enumeração dos registros de óbitos fetais nos sistemas de informações sobre estatísticas vitais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, v. 41, e0261, 2024. DOI: https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0261.

MCDONNELL, Aisling *et al*. **National Clinical Practice Guideline: Stillbirth: Prevention, Investigation, Management and Care**. Dublin: National Women and Infants Health Programme; Institute of Obstetricians and Gynaecologists, 2023. Disponível em: https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/stillbirth-prevention-investigation-management-and-care.pdf. Acesso em: 8 ago. 2026.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

MICHELSON, Kelly N. *et al*. Pilot study of a bereavement referral program for parents following perinatal death. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 71, n. 5, p. 581-591.e3, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2026.01.004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NSW HEALTH. **Pregnancy and Perinatal Loss: Guideline GL2025_016**. Sydney: New South Wales Ministry of Health, 2025. Disponível em: https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2025_016.pdf. Acesso em: 8 ago. 2026.

OLIVEIRA, Hélio Tadeu Luciano de *et al*. Pesar no óbito fetal: luto sem voz. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 644-651, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422022303558PT.

PARIS, Gisele Ferreira; MONTIGNY, Francine de; PELLOSO, Sandra Marisa. Prática profissional no cuidado ao luto materno diante do óbito fetal em dois países. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 3, e20200253, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0253.

REBOUÇAS, Poliana *et al*. Ethno-racial inequalities on adverse birth and neonatal outcomes: a nationwide, retrospective cohort study of 21 million Brazilian newborns. **The Lancet Regional Health – Americas**, [s.l.], v. 37, 100833, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100833.

REDSHAW, Maggie; HENDERSON, Jane; BEVAN, Charlotte. “This is time we’ll never get back”: a qualitative study of mothers’ experiences of care associated with neonatal death. **BMJ Open**, London, v. 11, e050832, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050832.

ROBERTS, Lisa R. et al. Bereavement care guidelines used in health care facilities immediately following perinatal loss: a scoping review. **JBI Evidence Synthesis**, Philadelphia, v. 22, n. 10, p. 2003-2089, 2024. DOI: https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00149.

ROCHA, João Batista Francalino da et al. Tendência espaço-temporal da mortalidade fetal no Brasil, 1996-2021. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 59, e2, 2025. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006194.

SANTOS, Eliane Gomes dos; RATTNER, Daphne. Puerpério: estudo de diretrizes para Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 25, e20240063, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9304202500000063.

THORNTON, Rebecca; NICHOLSON, Patricia; HARMS, Louise. Being a parent: findings from a grounded theory of memory-making in neonatal end-of-life care. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 61, p. 51-58, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.013.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 18/07/2026 - **Accepted:** 12/08/2026
Vol: 13.18 - August
DOI: 10.66104/tbjctg32
Pages: 1-21

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Newborn mortality**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality. Acesso em: 8 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Stillbirth**. Geneva: WHO, [s.d.]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/stillbirth. Acesso em: 8 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989. Acesso em: 8 ago. 2026.

XIE, Jiaying; HUNTER, Andrew; BIESTY, Linda; GREALISH, Annmarie. The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: an integrative review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 157, 104814, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104814.

ZHUANG, Simin et al. Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care: a systematic quality appraisal using AGREE II instrument. Journal of Pediatric Nursing, Philadelphia, v. 66, p. 49-56, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.04.007.

CC BY