REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM A MULHERES E FAMÍLIAS DIANTE DA PERDA GESTACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA

NURSING STRATEGIES FOR WOMEN AND FAMILIES FACING PREGNANCY LOSS: AN INTEGRATIVE REVIEW

ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA MUJERES Y FAMILIAS QUE AFRONTAN LA PÉRDIDA DEL EMBARAZO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Patrícia Rodrigues Zieger[1], Mirella da Silva Correa dos Santos[1], Eveline Franco da Silva[2]

e747522
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i4.7522

PUBLICADO: 04/2026

RESUMO

O estudo teve por objetivo identificar estratégias da assistência de enfermagem a mulheres e famílias diante da perda gestacional. Trata-se de uma revisão integrativa composta por 21 artigos, publicados entre os anos de 2020 e 2025, selecionados nas bases PubMed® e Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo estudos completos e gratuitos em português e/ou inglês. Excluíram-se revisões, trabalhos acadêmicos, manuais, duplicatas e estudos fora do escopo. Os achados foram organizados em três eixos temáticos: Estratégias de comunicação no cuidado de enfermagem em situações de perda gestacional; Estratégias de apoio emocional, social e espiritual à mulher e família que vivenciam a perda gestacional; e formação e qualificação profissional para o cuidado de enfermagem à mulher e família em situação de perda gestacional. Conclui-se que as competências comunicacionais e apoio emocional destacaram-se como pilares da assistência, embora persistam fragilidades no suporte espiritual, no preparo profissional e na estrutura institucional. Evidencia-se a necessidade de investir em formação, protocolos específicos e políticas que fortaleçam o cuidado humanizado na perda gestacional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica. Luto. Humanização da assistência.

ABSTRACT

This study aimed to identify nursing care strategies for women and families facing pregnancy loss. It is an integrative review composed of 21 articles published between 2020 and 2025, selected from PubMed® and the Virtual Health Library, including complete and free studies in Portuguese and/or English. Reviews, academic papers, manuals, duplicates, and studies outside the scope were excluded. The findings were organized into three thematic axes: Communication strategies in nursing care during pregnancy loss; Strategies for emotional, social, and spiritual support for women and families experiencing pregnancy loss; and Professional training and qualification for nursing care for women and families experiencing pregnancy loss. It is concluded that communication skills and emotional support stood out as pillars of care, although weaknesses persist in spiritual support, professional preparation, and institutional structure. The need to invest in training, specific protocols, and policies that strengthen humanized care in pregnancy loss is evident.

KEYWORDS: *Obstetric Nursing. Bereavement. Humanization of Assistance.*

[1] Acadêmica de Enfermagem, Centro Universitário Ritter dos Reis, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.
[2] Doutora em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Ritter dos Reis, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

RESUMEN
Este estudio tuvo como objetivo identificar estrategias de atención de enfermería para mujeres y familias que enfrentan la pérdida del embarazo. Se trata de una revisión integradora compuesta por 21 artículos publicados entre 2020 y 2025, seleccionados de PubMed® y la Biblioteca Virtual de Salud, incluyendo estudios completos y gratuitos en portugués y/o inglés. Se excluyeron revisiones, artículos académicos, manuales, duplicados y estudios fuera del alcance. Los hallazgos se organizaron en tres ejes temáticos: Estrategias de comunicación en la atención de enfermería durante la pérdida del embarazo; Estrategias de apoyo emocional, social y espiritual para mujeres y familias que experimentan la pérdida del embarazo; y Capacitación y calificación profesional para la atención de enfermería a mujeres y familias que experimentan la pérdida del embarazo. Se concluye que las habilidades de comunicación y el apoyo emocional se destacaron como pilares de la atención, aunque persisten debilidades en el apoyo espiritual, la preparación profesional y la estructura institucional. Es evidente la necesidad de invertir en formación, protocolos específicos y políticas que fortalezcan la atención humanizada en la pérdida del embarazo.

PALABRAS CLAVE*: Enfermería Obstétrica. Aflicción. Humanización de la Atención.*

1. INTRODUÇÃO

A gestação constitui um período singular, marcado por expectativas e por intensas transformações físicas, emocionais e sociais que influenciam significativamente a experiência materna, configurando-se como um processo psicológico complexo de elaboração das mudanças corporais e afetivas relacionadas à maternidade.[1] Contudo, quando interrompida por uma perda gestacional, instaura-se uma condição de elevada complexidade emocional e impacto psicossocial. Essas perdas estão associadas a sofrimento intenso, estigmatização e repercussões duradouras na saúde mental, como depressão, ansiedade e isolamento social.[2] Ademais, a vergonha e o silêncio que frequentemente permeiam essa vivência podem intensificar o trauma e dificultar o acesso a cuidados sensíveis e acolhedores para a mulher e sua família.

Estima-se que aproximadamente 2,6 milhões de natimortos ocorrem anualmente em todo o mundo, confirmando a elevada magnitude dessa carga de mortalidade e a necessidade de ações globais para sua redução.[3] No Brasil, a persistência de níveis elevados de mortalidade fetal e neonatal, evidenciada pelos dados apresentados no relatório Saúde Brasil 2022, reforça a necessidade de fortalecimento e integração das ações e serviços de saúde voltados à atenção materno-infantil,[4] destacando a relevância epidemiológica e assistencial desse agravo no país.

A perda gestacional não possui nomenclatura única, sendo descrita por termos como aborto, óbito fetal, natimorto e perda fetal. De modo geral, a morte fetal corresponde ao óbito do produto da gestação antes de sua expulsão ou extração do corpo materno.[2] No Brasil, considera-se óbito fetal quando a perda ocorre a partir da 22ª semana de gestação, com peso fetal menor ou igual a 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 centímetros. Perdas anteriores a esses

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

parâmetros são classificadas como aborto espontâneo.[4,5] Neste estudo, adotou-se o termo perda gestacional.

A relevância dessa temática para a enfermagem fundamenta-se nas múltiplas repercussões emocionais e psicossociais associadas à perda gestacional. Esse evento pode desencadear intenso sofrimento emocional, caracterizado por tristeza profunda, sentimento de culpa, ansiedade, desorganização afetiva e alterações no bem-estar psicológico das mulheres e suas famílias.[5] A vivência da perda repercute diretamente nas dinâmicas familiares, podendo gerar conflitos, distanciamentos e redefinições dos papéis parentais. Portanto, o cuidado de enfermagem deve se orientar por uma abordagem integral e humanizada às necessidades singulares de cada mulher e família, assegurando suporte contínuo e qualificado durante o processo de luto.[6]

A Política Nacional de Humanização reconhece o acolhimento como diretriz ética e estética do cuidado, orientando práticas sensíveis às vulnerabilidades humanas.[7] Nesse cenário, destaca-se a necessidade de enfermeiros qualificados para reconhecer o sofrimento e promover apoio, segurança e dignidade no luto. Apesar dos avanços na atenção à saúde da mulher, persistem lacunas assistenciais, com predomínio do modelo biomédico centrado em intervenções técnicas, em detrimento das dimensões emocionais e psicossociais. A ausência ou implementação insuficiente de protocolos para perda gestacional compromete a integralidade do cuidado, favorece a descontinuidade do acompanhamento e pode intensificar o sofrimento familiar.[8]

No âmbito das políticas públicas de saúde, a Rede Cegonha destaca a continuidade de importantes desafios estruturais na atenção obstétrica brasileira, especialmente no que se refere à ausência de práticas padronizadas que assegurem cuidado humanizado, seguro e respeitoso às mulheres em situação de vulnerabilidade.[9] Essa análise converge com os princípios orientadores da Rede Alyne, que enfatiza a promoção dos direitos humanos, a equidade racial e a qualificação da assistência como fundamentos estratégicos para prevenir eventos adversos evitáveis e garantir um cuidado integral e digno às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos.[10,11]

Nesse cenário, é essencial a atuação de enfermeiros qualificados para reconhecer vulnerabilidades, identificar o sofrimento e promover apoio, segurança e dignidade às mulheres e famílias enlutadas.[12] Esse contexto reforça a importância de investigações estratégicas integrando dimensões clínicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, contribuindo para o fortalecimento do cuidado humanizado e da saúde mental. Tal perspectiva dialoga com a Política Nacional de Humanização e a Rede Alyne, além dos compromissos da Agenda 2030.[13] Assim, este estudo teve como objetivo identificar na literatura estratégias na assistência de enfermagem a mulheres e famílias diante da perda gestacional.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

2. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que amplia o conhecimento e possibilita novas reflexões.[14] O estudo seguiu seis etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos; discussão e interpretação dos achados; e síntese dos resultados.[15]

A pergunta norteadora foi construída por meio da estratégia PCC - P (População), C (Conceito) e C (Conteúdo).[16] Assim, definiu-se: P = mulheres e famílias, C = perda gestacional, C = estratégias de enfermagem. Desse modo, formulou-se a seguinte questão: Quais estratégias de enfermagem são utilizadas na assistência a mulheres e famílias diante da perda gestacional?

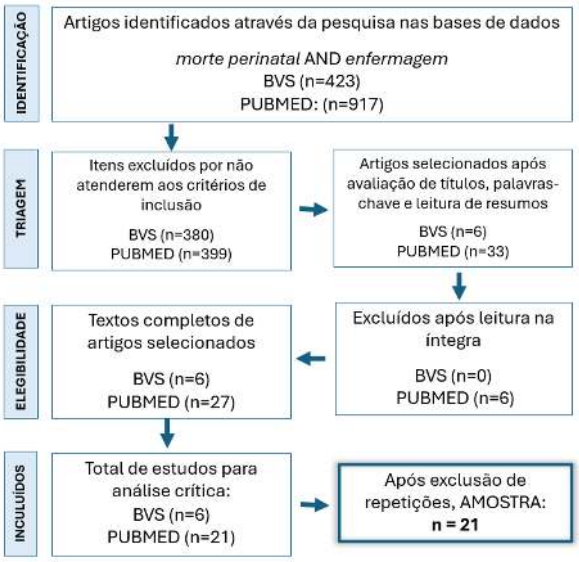
A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2025, a partir das plataformas PubMed® e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para as buscas foram utilizados termos indexados no Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), a saber: morte perinatal AND enfermagem; e *perinatal death* AND *nursing*.

Para seleção dos estudos foram adotados os critérios de inclusão: artigos publicados entre 2020 e 2025, disponíveis gratuitamente na íntegra, nos idiomas português ou inglês e que abordassem diretamente estratégias ou intervenções de enfermagem frente à perda gestacional. A delimitação temporal foi definida buscando compreender publicações mais atuais e o idioma das publicações foi escolhido de acordo com domínio das pesquisadoras. Foram excluídos: estudos de revisão, teses, dissertações, monografias, manuais técnicos, artigos duplicados e estudos que não tratassem do cuidado de enfermagem no contexto da perda gestacional.

A análise dos estudos seguiu a recomendação PRISMA,[17] cuja descrição de passos realizados em cada etapa durante a seleção da amostra está no fluxograma apresentado (Figura 1).

ISSN: 2675-6218 - RECIMA21
Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos



Fonte: Adaptado de PRISMA 2020[17].

Os dados obtidos passaram por análise primária e secundária, filtragem, nova análise descritiva e utilizados para composição de discussão. Foram respeitados os aspectos éticos e legais em relação às informações e citação das fontes, respeitando-se a autoria das obras.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 21 artigos incluídos nesta revisão são apresentados (Quadro 1) de acordo com título, objetivos e estratégias mencionadas. Na caracterização dos estudos verificou-se que nenhum foi desenvolvido no Brasil. Em relação à abordagem metodológica, identificaram-se 16 estudos de cunho qualitativo, e cinco estudos mistos.

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão integrativa

TÍTULO	ESTRATÉGIAS MENCIONADAS
Experiences of nurses who support parents during perinatal death[18]	Supervisão clínica, comunicação sensível, reflexão emocional e educação permanente.
"It's a horrible assignment": A qualitative study of labor and delivery nurses' experience caring for patients undergoing labor induction for fetal anomalies or fetal demise[19]	Presença empática, memória do bebê, comunicação protetiva, trabalho em equipe e autocuidado profissional.
Learning from perinatal grief and loss: Insights from midwifery student focus groups[20]	Vivência supervisionada, simulação, comunicação sensível e integração teoria-prática.
Proposed nursing care plan for women who suffer a perinatal loss, according to Watson's theory[21]	Escuta ativa, humanização da perda, ambiente seguro e orientação pós-alta.
Undergraduate midwifery students' experiential learning of perinatal bereavement care: A qualitative analysis[22]	Experiência imersiva, comunicação empática, gestão emocional e apoio institucional.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

"Perinatal loss, a devastating cyclone": A situation-specific nursing theory[23]	Assistência integral, comunicação sensível e acompanhamento contínuo.
Experiences and needs of family members of perinatal infant deaths: a meta-synthesis[24]	Comunicação clara, apoio emocional contínuo e respeito cultural.
Grief in fars and turkmen women experiencing perinatal loss[25]	Sensibilidade cultural e validação emocional.
A qualitative study of bereaved parents and healthcare professionals on perinatal loss[26]	Comunicação verbal e não verbal, validação da perda e suporte contínuo.
Healthcare professionals' needs when providing perinatal bereavement care: A qualitative study[27]	Protocolos institucionais, treinamento comunicacional e suporte emocional ao profissional.
Experiences and impacts of psychological support following adverse neonatal experiences or perinatal loss: a qualitative analysis[28]	Escuta qualificada, apoio psicológico contínuo e estratégias de enfrentamento.
Psychological pathway to emotional exhaustion among nurses and midwives who provide perinatal bereavement care in China: a path analysis[29]	Suporte organizacional, capacitação e atenção à saúde mental profissional.
Evaluation of a pregnancy loss education intervention for undergraduate nursing students in Northern Ireland: A pre- and post-test study[30]	Educação estruturada, memória do bebê e suporte pós-perda.
Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain[31]	Postura empática e educação profissional contínua.
Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study[32]	Treinamento em luto perinatal, comunicação centrada na família e reflexão profissional.
Nursing care plan for dealing with perinatal bereavement according to the theory of dysfunctional bereavement. Clinical case[33]	Comunicação humanizada, avaliação do luto e intervenções sistematizadas.
Nurses' attitudes and stress related to perinatal bereavement care in Korea: a cross-sectional survey[34]	Capacitação específica, gestão do estresse e políticas institucionais.
Effectiveness of the implementation of a perinatal bereavement care training programme on nurses and midwives: protocol for a mixed-method study[35]	Comunicação empática, coordenação do cuidado e suporte pós-alta.
Exploring interactions between women who have experienced pregnancy loss and obstetric nursing staff: a descriptive qualitative study in China[36]	Explicações claras, cuidado centrado na mulher e melhorias organizacionais.
Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents[37]	Reconhecimento do luto, comunicação contínua e suporte de longo prazo.
What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study[38]	Reconhecimento do bebê, comunicação sensível e acompanhamento prolongado.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026.

A partir da análise criteriosa dos estudos, procedeu-se à organização dos dados para discussão integrada, conforme propõe a revisão integrativa, por meio da definição de três categorias temáticas, elaboradas com base na convergência dos conteúdos e nos principais achados: estratégias de comunicação no cuidado de enfermagem em situações de perda

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

gestacional; estratégias de apoio emocional, social e espiritual à mulher e família que vivenciam a perda gestacional; e formação e qualificação profissional para o cuidado de enfermagem à mulher e família em situação de perda gestacional.

Estratégias de comunicação no cuidado de enfermagem em situações de perda gestacional

Nesta categoria integram-se os estudos[21,26,28,31,33,34,38] que apontam a comunicação como estratégia central no cuidado de enfermagem às mulheres e famílias em luto perinatal. Mais do que um recurso técnico, a comunicação configura-se como intervenção terapêutica que sustenta o acolhimento e o apoio emocional. À luz da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson,[21] o cuidado deve contemplar dimensões físicas, emocionais e espirituais, reconhecendo a singularidade da experiência de perda. Assim, a interação comunicativa favorece o vínculo, o acolhimento e a reconstrução emocional da mulher e de sua família.

Nesse contexto, o profissional necessita desenvolver habilidades comunicacionais baseadas na empatia, escuta sensível e respeito à individualidade. A transmissão de informações deve ser clara, honesta e ajustada ao estado emocional dos envolvidos, promovendo compreensão e segurança. Além disso, a comunicação não verbal, expressa por gestos, tom de voz e postura, constitui elemento essencial, pois transmite cuidado e atenção, influenciando diretamente a experiência vivida pelas famílias.[26]

Estudo canadense realizado com pais enlutados[38] destacou que a comunicação diante do nascimento de um natimorto deve reconhecer o feto como indivíduo insubstituível, validar a parentalidade e considerar o caráter traumático da perda. Essa postura contribui para o apoio imediato e para o acompanhamento a longo prazo, evidenciando que a comunicação qualificada é determinante para o reconhecimento do sofrimento e para a elaboração saudável do luto.

De forma complementar, pesquisas recentes[33,34,37] evidenciam que preparo técnico e suporte emocional aos profissionais são fundamentais para uma comunicação eficaz. A escuta ativa, o diálogo sensível e o acolhimento humanizado fortalecem o vínculo terapêutico e a autonomia da mulher, além de destacar a importância da educação permanente voltada ao desenvolvimento de estratégias comunicacionais que reduzam impactos emocionais e qualifiquem a assistência.[33,34] Nesse cenário, metodologias educacionais baseadas em narrativas reais e orientações técnicas ampliam a capacidade do enfermeiro de oferecer suporte compassivo e centrado na família, incluindo temas como criação de memórias, apoio social e saúde mental pós-perda.[37]

Ademais, é imprescindível considerar aspectos culturais, espirituais e sociais que permeiam o luto, adaptando a comunicação às crenças e valores familiares. Práticas comunicacionais sensíveis e individualizadas fortalecem o vínculo profissional-família e favorecem o enfrentamento emocional da perda.[31]

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A comunicação no luto perinatal deve ser compreendida como prática ética, relacional e humanizada, orientada pela sensibilidade e pelo preparo técnico, elementos que promovem a reconstrução emocional dos pais enlutados e qualificam a assistência de enfermagem.[28]

Embora ainda sejam escassos os estudos nacionais sobre perda gestacional, a literatura[39] recente sobre abortamento evidencia a importância de que os profissionais de saúde compreendam os contextos culturais e sociais que permeiam a vida das mulheres. Esses fatores influenciam suas decisões reprodutivas e aspectos relacionados à saúde da mulher, devendo ser considerados na oferta de uma assistência mais sensível e adequada.[39]

Estratégias de apoio emocional, social e espiritual à mulher e família que vivenciam a perda gestacional

Foram identificadas estratégias de apoio emocional, social e espiritual às mulheres e famílias diante da perda gestacional.[18,23-25,28,29] O apoio emocional destaca-se como eixo central da atuação, sobretudo das enfermeiras, por meio de empatia e sensibilidade no cuidado.[18] Embora enfermeiros e obstetras exerçam papel essencial no suporte imediato, esse apoio ainda ocorre de forma limitada e heterogênea, indicando a necessidade de maior qualificação profissional e fortalecimento de práticas humanizadas.[24]

Pesquisa[23] que estruturou a experiência do luto perinatal em fases e áreas de intervenção ampliou a compreensão das necessidades emocionais, sociais e espirituais ao longo do processo. Ao reconhecer a morte fetal como um percurso complexo de reconstrução, orienta práticas mais humanizadas e fortalece o papel da enfermagem no apoio contínuo, reduzindo danos emocionais e sentimentos de abandono, tanto no contexto hospitalar quanto após a alta.[23]

Nessa perspectiva, estudo[25] destaca a importância de uma prática culturalmente sensível e centrada na singularidade de cada mulher, sobretudo entre aquelas sem filhos vivos, que apresentam maior intensidade de sofrimento. O acompanhamento emocional, a identificação precoce do luto prolongado e a articulação do suporte social, aliados à valorização de elementos culturais e espirituais, contribuem para uma assistência mais humanizada.[25]

A atuação acolhedora e a escuta qualificada favorecem a redução do sofrimento emocional, o fortalecimento da resiliência e a ressignificação da perda pelas famílias.[28] Entretanto, o apoio efetivo depende também de condições organizacionais e psicológicas adequadas, que sustentem os profissionais e garantam a continuidade do cuidado humanizado.[29] Essa perspectiva é defendida pela Atenção Humanizada ao Abortamento,[40] que estabelece o acolhimento e a escuta qualificada como práticas transversais na assistência ao abortamento, exigindo profissionais sensibilizados e capacitados para lidar com os aspectos emocionais e sociais envolvidos. A norma também destaca que a qualidade desse cuidado depende de condições institucionais e organizacionais que sustentem os profissionais e favoreçam a continuidade de uma assistência humanizada.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

De modo geral, os estudos analisados[18,24,28,29] indicam que o apoio emocional constitui o eixo central da assistência no luto perinatal, enquanto o apoio social surge de forma indireta e o apoio espiritual permanece pouco explorado, evidenciando lacunas na integralidade do cuidado. Esses achados reforçam a necessidade de qualificação permanente e de políticas institucionais que promovam práticas sensíveis, empáticas e humanizadas.

Formação e qualificação profissional para o cuidado de enfermagem à mulher e família em situação de perda gestacional

A qualificação profissional em enfermagem para o cuidado a mulheres e famílias em perda gestacional exige intervenções formativas específicas, uma vez que muitos enfermeiros e parteiras relatam sentir-se despreparados para lidar com o sofrimento perinatal.[20] Pesquisas apontam lacunas relevantes nos currículos e nas experiências práticas, evidenciando a necessidade de fortalecer competências emocionais, comunicacionais e éticas durante a formação.[19,22,27,30-32,35,36]

Estudo[30] que avaliou intervenção educativa com estudantes de enfermagem demonstrou melhora significativa no conhecimento, na confiança e nas habilidades para o cuidado em situações de perda gestacional. A inclusão de conteúdos sobre aspectos emocionais, comunicação e luto perinatal ampliou a compreensão da complexidade da perda e favoreceu intervenções mais empáticas, reforçando a importância de integrar esse tema à formação acadêmica.[30] Em consonância, outra investigação[19] destacou que o cuidado em perda gestacional envolve intenso trabalho emocional, evidenciando a necessidade de educação continuada, simulações e espaços de suporte psicológico para reduzir o desgaste profissional e qualificar o cuidado oferecido.

Estudo australiano com estagiárias de obstetrícia identificou sentimentos de despreparo frente à mortalidade perinatal, tensões relacionadas a diferentes perspectivas sobre a morte e demandas específicas de aprendizagem clínica e emocional.[21] Esses achados reforçam que a formação inicial ainda não contempla plenamente as competências necessárias para o cuidado em luto, indicando a urgência de práticas reflexivas e estratégias pedagógicas que preparem futuras profissionais para oferecer assistência segura e humanizada.[20] Nessa perspectiva, o aprendizado experiencial e a imersão prática emergem como estratégias eficazes, favorecendo a internalização do papel profissional, embora estudantes ainda relatem insegurança para atuar de forma autônoma.[22]

Evidências da prática clínica também demonstram que lacunas formativas repercutem diretamente na assistência. Estudo conduzido na Espanha[31] revelou fragilidades na padronização de cuidados, especialmente na criação de memórias do bebê e no acompanhamento pós-perda, reforçando a necessidade de protocolos institucionais e formação contínua. Nesse cenário, programas estruturados de capacitação, como o *Perinatal Bereavement Care Training Program*,[36] têm mostrado resultados promissores ao promover crescimento pessoal, maior confiança

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

comunicacional e mudanças concretas na prática profissional.[36] Protocolos de pesquisa associados indicam potencial para ampliar a confiança das profissionais e reduzir sintomas de estresse traumático secundário.[35]

A qualificação profissional deve considerar, ainda, as necessidades dos próprios trabalhadores da saúde.[27] Estudo com profissionais iranianos identificou carências relacionadas a políticas protetoras, habilidades comunicacionais e estratégias de autocuidado emocional, evidenciando que a formação contínua é essencial para sustentar um cuidado ético e seguro.[27] A ausência de apoio institucional e de capacitação adequada pode gerar insegurança clínica e desgaste emocional, impactando tanto o cuidado prestado às famílias quanto a saúde mental das profissionais.[29]

Os resultados desses estudos[20,21,27] corroboram a norma técnica brasileira Atenção Humanizada ao Abortamento,[40] que aponta lacunas na formação profissional para o manejo dos aspectos emocionais, sociais e éticos envolvidos no abortamento, o que pode dificultar a dissociação entre valores pessoais e a prática assistencial. Nesse contexto, torna-se essencial que a formação em saúde contemple conteúdos relacionados à ética, ao acolhimento e à comunicação em situações de perda gestacional ou fetal, a fim de qualificar o cuidado prestado à mulher e à sua família.

Em síntese, a qualificação para o cuidado no luto perinatal ultrapassa a dimensão técnica e constitui compromisso ético e social. Investir em formação específica favorece práticas mais humanizadas, sensíveis e seguras, assegurando que mulheres e famílias recebam suporte qualificado em um dos momentos mais desafiadores de suas trajetórias.

4. CONSIDERAÇÕES

O estudo alcançou seu objetivo ao evidenciar que o cuidado de enfermagem no luto perinatal envolve dimensões comunicacionais, emocionais, sociais e espirituais, ultrapassando o manejo clínico tradicional. A comunicação sensível mostrou-se central para o acolhimento das famílias, enquanto o suporte emocional destacou-se como prática mais consolidada. Em contrapartida, o apoio espiritual e o suporte institucional ainda se apresentam incipientes, revelando lacunas para a integralidade do cuidado.

Observou-se que a formação e a qualificação profissional influenciam diretamente uma atuação empática, segura e humanizada, tornando programas de capacitação e educação permanente estratégias essenciais para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais e para o fortalecimento de uma prática centrada na família.

Entre as limitações, destacam-se a amostra reduzida e restrita a um único cenário, o que limita a generalização dos achados, além do uso de dados autorreferidos, sujeitos a vieses de memória. Ainda assim, tais aspectos não comprometeram a consistência dos resultados.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

Recomenda-se a implementação de estratégias de comunicação compassiva, protocolos institucionais para o cuidado ao luto perinatal, espaços de escuta qualificada às famílias, fortalecimento do trabalho interdisciplinar e suporte psicológico aos profissionais, visando reduzir sofrimento moral e sobrecarga. No âmbito formativo, destaca-se a inclusão sistemática de conteúdos sobre morte, luto perinatal, espiritualidade e comunicação em situações críticas, com uso de metodologias ativas e simulações clínicas. Na gestão, políticas institucionais devem garantir condições adequadas de trabalho, fluxos assistenciais claros e capacitação contínua, além de incentivar novas pesquisas que ampliem a compreensão das vivências da enfermagem frente à perda perinatal.

REFERÊNCIAS

1. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes; 2002.

2. World Health Organization. Why we need to talk about losing a baby. Geneva: WHO; 2021.

3. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016;387(10018):587–603. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00837-5.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2022: análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

5. Freire MMNO, Silva LN, Costa JVS, Fernandes T. Luto perinatal e o impacto na saúde mental parental: uma revisão narrativa. Debates em Psiquiatria. 2024;14. doi: 10.25118/2763-9037.2024.v14.1350.

6. Salgado HO, Andreucci CB, Gomes ACR, Silva CR, Santos LF, et al. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil - a quasi-experimental before-and-after study. Reprod Health. 2021;18:5. doi: 10.1186/s12978-020-01040-4.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha: estratégia nacional de atenção ao parto, nascimento e puerpério. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Alyne: cuidado integral de gestantes e bebês. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 220/2025 – Implementação da Rede Alyne. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

12. Rodrigues ALB, Silva JA, Nascimento FM, Costa MRC, Albuquerque L. Construção de um guia prático assistencial para enfermeiros no contexto do luto perinatal. Rev Fac Paulo Picanço. 2025;5(1). doi: 10.59483/rfpp.v5n1128.

13. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Agenda 2030 – Relatório Luz 2024: síntese dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: IPEA; 2024.

14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? how to do it? Eistein. 2010;8(1):102-6. doi: 10.1590/S1679-45082010RW1134.

15. Dantas HL de L, Costa CRB, Costa LMC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. Revista Recien. 2022;12(37):334-45. doi: 10.24276/rrecien2022.12.37.334-345.

16. Silva A, Silva VS, Padilha MI, Petry S, Mendes KDS, Costa ICP. Mapping knowledge in scoping reviews: a guide for nursing researchers and academics. Texto contexto - enferm. 2024;33:e20240074. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2024-0074en.

17. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Murlrow C. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;88(71):1-9. doi: 10.1016/j.ijsu.2021.105906.

18. Verdon C, de Montigny F. Experiences of nurses who support parents during perinatal death. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2021;50(5):561–7. doi: 10.1016/j.jogn.2021.04.008.

19. Zwerling B, Rousseau J, Ward KM, Olshansky E, Lo A, Thiel de Bocanegra H, et al. “It’s a horrible assignment”: A qualitative study of labor and delivery nurses’ experience caring for patients undergoing labor induction for fetal anomalies or fetal demise. Contraception. 2021;104(3):301–4. doi: 10.1016/j.contraception.2021.04.014.

20. Sheehy A, Thompson R, Musgrave L. Learning from perinatal grief and loss: Insights from midwifery student focus groups. Nurse Educ Pract. 2025;83:104269. doi: 10.1016/j.nepr.2025.104269.

21. Furtado-Eraso S, Marín-Fernández B, Escalada-Hernández P. Proposed nursing care plan for women who suffer a perinatal loss, according to Watson’s theory. Enferm Clin (Engl Ed). 2024;34(5):416–23. doi: 10.1016/j.enfcle.2024.09.006.

22. Zou Y, Lan Q, Chen L, Yao Z, Zhai J. Undergraduate midwifery students’ experiential learning of perinatal bereavement care: A qualitative analysis. Nurse Educ Today. 2024;141:106324. doi: 10.1016/j.nedt.2024.106324.

23. Furtado-Eraso S, Marín-Fernández B, Escalada-Hernández P. “Perinatal loss, a devastating cyclone”: A situation-specific nursing theory. J Nurs Scholarsh. 2024;56(5):664–77. doi: 10.1111/jnu.12996.

24. Cui N, Wu S, Wang X, Sheng L. Experiences and needs of family members of perinatal infant deaths: a meta-synthesis. Front Public Health. 2025;13:1580039. doi: 10.3389/fpubh.2025.1580039.

25. Khoori E, Arab S, Ziaei T, Rastkhadiv A, Mehrbakhsh Z, Lasker J. Grief in Fars and Turkmen women experiencing perinatal loss. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25(1):256. doi: 10.1186/s12884-025-07384-8.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

26. Jansens J, Faes K, DeConinck M, Gilissen J, Van Kelst L. A qualitative study of bereaved parents and healthcare professionals on perinatal loss. Eur J Midwifery. 2024;8:194159. doi: 10.18332/ejm/194159.

27. Atashsokhan G, Farjamfar M, Khosravi A, Taher M, Abadian K, Keramat A. Healthcare professionals' needs when providing perinatal bereavement care: A qualitative study. J Educ Health Promot. 2024;13:807. doi: 10.4103/jehp.jehp_807_23

28. Thomson G, McNally L, Nowland R. Experiences and impacts of psychological support following adverse neonatal experiences or perinatal loss: a qualitative analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):569. doi: 10.1186/s12884-024-06713-7.

29. Qian J, Wu G, Jevitt C, Sun S, Wang M, Sun X, Yu X. Psychological pathway to emotional exhaustion among nurses and midwives who provide perinatal bereavement care in China: a path analysis. BMC Psychiatry. 2024;24(1):90. doi: 10.1186/s12888-024-05534-4.

30. Galeotti M, Hamrick M, et al. Evaluation of a pregnancy loss education intervention for undergraduate nursing students. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2023;52(4):e104–15. doi: 10.1016/j.jogn.2023.01.006.

31. Martínez-García E, Lara-Rodríguez H, Álvarez-Serrano MA, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, et al. Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in Southern Spain. Midwifery. 2023;124:103749. doi: 10.1016/j.midw.2023.103749.

32. Qian J, Chen S, Jevitt C, Sun S, Wang M, Yu X. Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study. Front Med (Lausanne). 2023;10:1122472. doi: 10.3389/fmed.2023.1122472.

33. Tejero Vidal LL, Barea Millán S. Nursing care plan for dealing with perinatal bereavement according to the theory of dysfunctional bereavement. Clinical case. Enferm Clin (Engl Ed). 2023;33(2):149–56. doi: 10.1016/j.enfcle.2023.02.002.

34. Kim E, Kim HW. Nurses' attitudes and stress related to perinatal bereavement care in Korea: a cross-sectional survey. Korean J Women Health Nurs. 2022;28(2):134–44. doi: 10.4069/kjwhn.2022.05.24.1.

35. Qian J, Sun S, Wang M, Liu L, Yu X. Effectiveness of the implementation of a perinatal bereavement care training programme on nurses and midwives: protocol for a mixed-method study. BMJ Open. 2022;12(8):e059660. doi: 10.1136/bmjopen-2021-059660.

36. Qian J, Wang W, Sun S, Wu M, Liu L, Sun Y, et al. Exploring interactions between women who have experienced pregnancy loss and obstetric nursing staff: A descriptive qualitative study in China. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):450. doi: 10.1186/s12884-022-04787-9.

37. Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, et al. Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10):3421. doi: 10.3390/ijerph17103421.

38. Farrales LL, Cacciatore J, Jonas-Simpson C, Dharamsi S, Ascher J, Klein MC. What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: A community-based participatory study. BMC Psychol. 2020;8:18. doi: 10.1186/s40359-020-0385-x.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

39. Silva AFS, Palmeira OA, Miguel EOD, Souza LTC. Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento. RECIMA21. 2023;4(10):e4104067. doi: 10.47820/recima21.v4i10.4067.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.