

**A BUSCA PELA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE LUTO PERINATAL  
EM UM HOSPITAL MATERNIDADE**

THE PURSUIT OF IMPLEMENTING A PERINATAL BEREAVEMENT PROTOCOL IN A  
MATERNITY HOSPITAL

Ana Júlia dos Santos Biondo<sup>1</sup>  
Gabriela Miranda Braga Fontes<sup>2</sup>  
Maria Beatriz Bastos Parraga<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Curso de Graduação em Psicologia -  
Departamento de Ciências da Saúde - Várzea Grande, MT, Brasil.

<sup>2</sup> Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Curso de Graduação em Psicologia -  
Departamento de Ciências da Saúde - Várzea Grande, MT, Brasil.

<sup>3</sup> Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Curso de Graduação em Psicologia -  
Departamento de Ciências da Saúde - Várzea Grande, MT, Brasil.

Correspondência:

Ana Júlia dos Santos Biondo  
anajulia.biondo@hotmail.com

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## **Resumo**

O presente relato de experiência descreve as atividades realizadas no Estágio Supervisionado Específico II, com ênfase em Psicologia Hospitalar, no Hospital Beneficente Santa Helena. O foco principal foi a atuação das estagiárias na implantação de um protocolo de luto perinatal, visando fornecer suporte psicológico humanizado e ético às mulheres enlutadas. As atividades incluíram atendimentos psicológicos por meio de demandas da equipe de enfermagem e por meio de busca ativa, sendo as principais ferramentas utilizadas a escuta ativa, psicoeducação, encaminhamentos e interconsultas. O protocolo de luto perinatal desenvolvido foi fruto de extensa pesquisa bibliográfica e de interações diretas com mulheres que vivenciaram perdas gestacionais. A criação do protocolo visa reduzir o sofrimento de pacientes e familiares, garantindo um espaço para a elaboração simbólica do luto e incentivando a realização de rituais de despedida. Diante da falta de diretrizes formais no Brasil para o luto perinatal, o protocolo busca preencher essa lacuna, oferecendo uma base sólida para os profissionais de saúde. Espera-se que a adoção deste protocolo auxilie na promoção de um cuidado integral e no fortalecimento do apoio institucional, beneficiando tanto as pacientes quanto a equipe envolvida.

**Palavras-chave:** Luto perinatal. Hospital maternidade. Protocolo. Psicologia Hospitalar.

## **Abstract**

This experience report describes the activities carried out in the Specific Supervised Internship II, with an emphasis on Hospital Psychology, at the Santa Helena Charitable Hospital. The main focus was the interns' work in implementing a perinatal grief protocol, aiming to provide humanized and ethical psychological support to grieving women. The activities included psychological care through demands from the nursing team and through active search, with the main tools used being active listening, psychoeducation, referrals and interconsultations. The perinatal grief protocol developed was the result of extensive bibliographical research and direct interactions with women who experienced pregnancy loss. The creation of the protocol aims to reduce the suffering of patients and family members, ensuring a space for the symbolic elaboration of grief and encouraging the performance of farewell rituals. Given the lack of formal guidelines in Brazil for perinatal grief, the protocol seeks to fill this gap, offering a solid foundation for health professionals. It is expected that the adoption of this protocol will help promote comprehensive care and strengthen institutional support, benefiting both patients and the team involved.

**Keywords:** Perinatal bereavement. Maternity hospital. Protocol. Hospital Psychology.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relato tem como finalidade apresentar as atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio Supervisionado Específico II em Políticas de Saúde, com ênfase em Psicologia Hospitalar. A prática em campo foi realizada no Hospital Beneficente Santa Helena, em Cuiabá - MT, durante o período de 05/08/2024 a 15/11/2024. A carga horária semestral exercida é de 300 horas, sendo elas; 84 horas em campo, 72 horas de supervisão, 72 horas de produção técnico-científica e 72 horas de produção teórica. Semanalmente, são realizadas 6 horas em campo e 4 horas em supervisão, na qual são discutidos os principais casos atendidos, sob orientação da docente responsável pela prática de estágio em Psicologia Hospitalar. Ademais, no período de supervisão são fornecidas orientações a respeito de intervenções e prática, projetos de intervenções e conduta ética em campo.

Ao término de cada bimestre, são realizadas avaliações parciais do desempenho de cada discente, considerando as seguintes competências: presença integral dos estudantes nas atividades de estágio, incluindo tanto a participação em campo quanto em supervisão, cumprimento da ética no campo, pontualidade e assiduidade tanto no campo quanto na orientação, postura respeitosa e desenvolvimento de vínculos interpessoais, capacidade de analisar criticamente e cientificamente o campo de atuação profissional e seus desafios, capacidade de analisar a dinâmica das interações entre os agentes sociais, uso adequado de instrumentos técnicos e científicos para diagnosticar, elaborar projetos e planejar intervenções conforme a população atendida, e conhecimento teórico e habilidade técnica para fundamentar a atuação profissional.

A atuação das estagiárias no contexto hospitalar, primeiramente, engajou-se nas teorias e técnicas da Psicologia Hospitalar, sendo ela o campo de tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento visando à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização (Simonetti, 2006). Nesse contexto, evidencia-se a doença sendo repleta da subjetividade do sujeito, sendo a partir desse ponto o trabalho da psicologia. Portanto, no hospital, as estagiárias apresentaram uma função ativa, como: prestação de suporte ao paciente e sua família, acolhimento, escuta qualificada e empática, psicoeducação, interconsultas dentre outras práticas. Além disso, sempre foi visado promover a autonomia do paciente, favorecendo com que possa se tornar mais ativo em seu processo de cuidado, assim como deixá-lo, sempre que possível, esclarecido quanto ao seu quadro clínico, aos procedimentos realizados e ao diagnóstico e prognóstico se assim for sua vontade.

Dado que a prática em campo foi realizada em um hospital maternidade, dentre as demandas identificadas esteve presente a perda e, conseqüentemente, o luto perinatal.

Conforme a World Health Organization (1977, p. 247, tradução nossa), o período perinatal se trata daquele que “se estende desde a idade gestacional na qual o feto atinge o peso de 1.000 g (equivalente a 28 semanas completas de gestação) até o final do sétimo dia completo (168 horas completas) de vida”, logo, o luto perinatal se trata do processo de luto após uma perda dentro do período supracitado.

Portanto, o principal objetivo por trás do relato de experiência aqui exposto é expandir a literatura a respeito do tema proposto; o luto perinatal, e, dessa forma, dando maior visibilidade ao tema, assim como fornecendo diretrizes de atuação tanto para o psicólogo quanto para a equipe de saúde frente ao luto perinatal. Segundo Torloni (2007, p. 297), “a morte de um feto é a morte de um sonho”, logo, percebe-se a dimensão de sofrimento que está relacionada a esse processo de luto e a importância de um atendimento humanizado com técnicas e habilidades acuradas para esses casos. A criação de um protocolo específico para manejo de situações de luto perinatal contribui para uma maior orientação para os profissionais de saúde, assegurando uma conduta adequada em uma conjuntura delicada que envolve a mãe e a família. Sendo assim, assegurar uma conduta ética, humanizada e específica para esse luto contribui para que os enlutados, especialmente, a mulher, sejam amparados adequadamente.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Atualmente os aspectos emocionais relacionados à gestação, ao parto e ao puerpério são vastamente reconhecidos e explorados, dado que a gestação é vista como uma fase que provoca mudanças psíquicas e de vida significativas. Durante esse período, é importante que profissionais de saúde estejam devidamente preparados para diversas situações, como para reconhecer e acolher a ambivalência da mulher frente à gravidez, decorrente do querer-não querer estar grávida, bem como para reconhecer o contexto em que a mulher gestante está inserida (seu estado emocional, contexto familiar, se está sendo acompanhada durante o processo, se a gravidez foi planejada, entre outros), ouvir e, se possível, sanar dúvidas que possam surgir, não banalizando-as, e construir uma relação fundamentada em confiança e respeito mútuo (Sarmiento & Setúbal, 2003).

Dois termos importantes no que tange estudos a respeito da gestação, parto e puerpérios são o “bebê imaginário” e o “bebê real”. O bebê imaginário é formado no decorrer da gravidez, e trata-se do bebê idealizado, formado pelos desejos e expectativas parentais, enquanto o bebê real é o bebê que nasce não correspondendo às expectativas nutridas ao longo da gestação. Dito isso, logo após o parto, surge uma importante tarefa na parentalidade,

relacionada à resolução da divergência entre o bebê imaginário e o bebê real (Vendruscolo & Kruehl, 2016). Nesse contexto, torna-se necessário salientar os casos de perda fetal, onde há uma dupla perda; a perda do bebê imaginário e a perda do bebê real.

Conforme a World Health Organization (1977), o aborto é definido como a expulsão ou extração de um embrião ou feto pesando 500g ou menos, peso correspondente a uma gestação de 20-22 semanas. De acordo com Mora-Alferez *et al.* (2016), de todas as gestações clinicamente reconhecidas, 15% a 20% terminam em aborto espontâneo, especialmente durante as primeiras 13 semanas da gestação.

Nessa perspectiva, a função do luto é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptações às mudanças ocorridas diante das perdas (Gesteira, *et al.*, 2006). No contexto do luto perinatal, a elaboração do sofrimento frente à perda de um bebê é um processo no qual a mulher e a família estão mais vulneráveis, uma vez que um vínculo significativo foi abruptamente rompido. Entretanto, o pesar perante a perda gestacional ainda é socialmente desconsiderado, sendo uma categoria de luto não reconhecida. Por conta disso, frequentemente o sofrimento do luto perinatal é invisibilizado, já que a dor desse tipo de perda é, muitas vezes, subestimada e ocultada no espaço social e cultural (Casselato, 2015). Dessa maneira, a invalidação externa é um dos fatores que dificulta que os enlutados desenvolvam e signifiquem seu sofrimento de uma maneira mais elaborada. À vista disso, faz-se necessário maior reconhecimento e aprofundamento do luto perinatal e todos os aspectos psicológicos que o englobam, visto que nessa fase o profissional deve buscar compreender a dor ali presente e evitar desconsiderar esse sentimento (Sarmiento & Setúbal, 2003).

O silenciamento do sofrimento da mulher frente a sua perda é um acontecimento comum, onde a dor do luto materno é desconsiderado ou minimizado. De acordo com Assunção e Tossi (2003), essas atitudes minimizam o suporte social a ser oferecido à mulher que poderia ajuda-lá em seu luto. Nesses casos, muitas vezes, não se considera o feto como um bebê em si e, portanto, não há incentivo a um espaço para a elaboração simbólica desse momento (Sousa & Muza, 2011). Sendo assim, além de já se encontrarem em uma condição de vulnerabilidade emocional, essas mulheres enlutadas ainda sofrem pela falta de reconhecimento social do seu luto, o que pode gerar maiores dificuldades no processo de elaboração e significação de seu sofrimento.

Ao experienciar uma perda perinatal, é comum que os pais busquem por suporte em sua rede de apoio, entretanto, é igualmente comum que essas redes de apoio -família, amigos, comunidade, etc- tenham dificuldade em oferecer tal suporte durante uma situação como essa

(Kavanaugh *et al.*, 2007). Na pesquisa de Kavanaugh *et al.* (2007), é exposto como indivíduos experienciando luto perinatal podem se sentir desamparados, com relatos de sentimento negativos e de isolamento por parte dos enlutados, que experienciam, frequentemente, situações como: serem evitados por familiares ou perceberem um súbito silêncio assim que adentram um cômodo com familiares. Também foi relatado, por diversas mães entrevistadas para a pesquisa supracitada, como se sentiram machucadas frente a ausência de amigos e familiares no funeral, mesmo tendo sido explicitado o quão significativo esse ritual seria para elas. Uma das entrevistadas diz:

Recebi mais ligações no hospital do que em casa. Basicamente, não sei por quê. Talvez eles simplesmente não saibam o que dizer... Acho que eu realmente queria que eles ligassem, mesmo que ligassem apenas para dizer: Estou pensando em você... Eu diria a eles: "Se você não sabe o que dizer, ligue e diga: Estou pensando em você. Não deixe de ligar. Isso faz parecer que você não se importa." Como eu disse, eu realmente recomendaria que eles ligassem. Uma visita ocasional também seria legal. (Kavanaugh *et al.*, 2007, tradução nossa).

Tendo em vista a complexidade de fatores físicos e psicológicos que afetam a mulher durante a gravidez, a perda gestacional se torna um fenômeno complexo, sendo importante compreender os diversos aspectos que influenciam a saúde mental dela nesse momento delicado. Dessa forma, um aspecto principal quando se trata da interrupção da gravidez e do luto perinatal é o questionamento que a mulher se faz sobre sua própria feminilidade e capacidade maternal, uma vez que segundo Bartilotti (2007) não é incomum que o luto perinatal desmantele o entendimento do papel feminino que passa a ser acompanhado pelo desprezo, pela inadequação e por um profundo sentimento de ineficiência, que pode levar também ao sentimento de culpa, o qual é comumente presente nos discursos de pacientes vivenciando o luto perinatal.

### **3. MÉTODO**

O presente estudo se trata de um relato de experiência, que, por sua vez, pode ser definido como a escrita de experiências que possui a capacidade de enriquecer a produção de conhecimentos em diversas áreas. Desse modo, o relato de experiência tem como objetivo a descrição da experiência vivida, e sua valorização por meio do “esforço acadêmico-científico explicativo” e da “aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico”. Entende-se, então, o relato de experiência como uma “vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), cuja característica principal é a descrição da intervenção”, tornando, portanto, o

embasamento científico e a reflexão crítica suas principais ferramentas (Mussi *et al.*, 2021, p. 65).

A experiência aqui relatada foi vivenciada por duas graduandas do décimo semestre do curso de Psicologia no Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, e se deu no Hospital Beneficente Santa Helena, o qual oportunizou às estagiárias a vivência da realidade da prática psicológica inserida no contexto hospitalar, especialmente na área da maternidade. A prática de estágio realizada é composta por uma carga horária total de 300 horas, sendo elas 6 horas semanais em campo, 4 horas semanais em supervisão e 4 horas semanais de produção teórica.

Durante o período de estágio, os atendimentos psicológicos foram realizados de duas formas: por meio de solicitações da equipe de enfermagem, onde os profissionais de saúde identificam a necessidade de atendimento psicológico em determinados casos e então encaminham tais demandas ao serviço de psicologia do hospital, ou por meio de busca ativa realizada pelas próprias discentes, visitando pacientes em seus leitos e coletando demandas a partir dessas visitas, sem qualquer solicitação prévia do paciente, de acompanhantes ou da equipe. No total foram efetuados 20 atendimentos psicológicos pelas estagiárias, os quais ocorreram majoritariamente na área da maternidade ou no quarto 204, reservado para mulheres que estão no aguardo para realização de curetagem ou que recém passaram pelo procedimento. O detalhamento desses atendimentos consta em prontuários psicológicos armazenados na instituição de ensino, assim como na tabela em apêndice neste documento.

Segundo Simonetti (2016, p. 116), “angústia não se resolve, se dissolve, nas palavras”. Com isso em mente, destaca-se que a principal ferramenta utilizada durante a prática foi a escuta ativa. A escuta, segundo Simonetti (2016, p. 19), abre espaço para que a/o paciente elabore quaisquer questões que desejar, seja sobre a hospitalização, sobre aspectos de sua vida pessoal e história de vida, sobre seus medos e anseios, ou qualquer outro tema que possa surgir ao longo do atendimento psicológico. Já Gonzalez (2009) descreve a escuta ativa como o processo de não apenas escutar as palavras sendo proferidas pela outra pessoa, mas sim tentar verdadeiramente entender o sentido do que está sendo dito, ou seja, atentar-se também aos sentimentos e comportamentos contidos no discurso do sujeito.

No decorrer do período de prática, também foram utilizadas outras ferramentas, como encaminhamento interno e interconsultas, como no caso de uma paciente atendida, no qual, frente à incerteza expressada pela paciente quanto ao seu quadro clínico, houve uma interconsulta com a equipe de enfermagem, a fim de solicitar que fosse feito, assim que possível, um maior esclarecimento à paciente a respeito de seu quadro clínico, e quanto aos

procedimentos que vêm sendo realizados, assim como também foi realizado um encaminhamento da paciente para a Clínica Integrada de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande, para que desse modo o processo psicoterapêutico possa ser prosseguido.

Além das práticas supracitadas, também foi desenvolvido, pelas discentes e orientadora de estágio, um Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal (Figuras 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7). Para elaboração de tal protocolo foi efetuada uma extensa e aprofundada pesquisa bibliográfica, a fim de obter maior compreensão no que tange os aspectos do luto perinatal, bem como da elaboração de protocolos na área da saúde. A produção do protocolo foi dividida em três fases: a fase de coleta de dados, a fase pré interventiva, onde foram coletados, durante a prática de estágio, relatos de mulheres hospitalizadas após uma perda ou mulheres que possuem histórico de perda(s), e por fim a parte interventiva, que se trata da produção e apresentação do protocolo de assistência ao luto perinatal.

Acrescenta-se por fim, que, como parte do processo de submissão à Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, o presente relato utilizou um Termo de Autorização para Publicação de Relato de Experiência e um Termo de Ciência Institucional, os quais foram aprovados e assinados por duas membros da equipe de enfermagem da Instituição, uma delas sendo responsável pela supervisão da prática descrita nesse documento. A autorização para publicação não foi realizada por um Comitê de Ética em Pesquisa em razão de o Hospital no qual se deu a prática aqui relatada não possuir tal entidade. Entretanto, como expressado anteriormente, a Instituição se fez ciente e em acordo com a submissão e publicação do Relato de Experiência elaborado pelas autoras, reconhecendo seu caráter acadêmico e científico.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com Limbo (2012), é extremamente comum que os pais vejam e segurem seus bebês após o parto, portanto, é evidenciado um caráter contraintuitivo no ato sugerir que os pais, após uma perda, não se beneficiariam nem desejariam ver seus bebês. a decisão de passar tempo ou como passar esse tempo com o bebê é uma decisão de cunho pessoal, porém é de extrema importância garantir que todos os pais recebam apoio e informações suficientes para que possam fazer suas escolhas.

Salgado (2021) destaca o fato de alguns lugares ao redor do mundo, como Canadá, Austrália e Nova Zelândia, já possuírem diretrizes próprias e específicas visando orientar quanto ao acolhimento em casos de luto perinatal. Cita-se, também, a França, que possui uma legislação específica para o luto perinatal. Por outro lado, no Brasil há uma lacuna no que

tange diretrizes de suporte ao luto perinatal, fato esse que faz com que, muitas vezes, a atuação dos profissionais perante o luto perinatal seja realizada baseada em suas próprias convicções e no que for mais conveniente para si na situação. A assistência oferecida pelos profissionais é, com frequência, encerrada rapidamente e evitando contato próximo, dado que o manejo de famílias em luto tende a ser desafiador, sobretudo considerando o pouco apoio institucional disponível para auxiliar a equipe do Hospital no cuidado de tais situações.

Um protocolo pode ser definido, segundo Pimenta (2015, p. 11), como a “descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde”, ou seja, é uma ação que contém diversos procedimentos com o intuito de aprimorar a assistência. Para a construção de um protocolo de assistência, é necessário o estabelecimento de alguns princípios, como: “definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas” (Pimenta, 2015, p. 11).

A escolha do tema abordado no protocolo se deu a partir da percepção de uma forte demanda para tal durante a atuação no Hospital. Dada a natureza do Hospital, que se concentra na maternidade, diversas perdas ocorrem nesse contexto. Contudo, tornou-se evidente que durante os discursos de várias pacientes, sintomas indicativos de uma possível perda, bem como o próprio luto, são frequentemente negligenciados. Houveram, durante a prática em campo, diversos relatos de pacientes que experienciaram perdas perinatais e não receberam a assistência necessária durante o processo do luto. Segundo Kovács (1992), há diversos aspectos que atravessam o profissional de saúde que é posto frente a um cotidiano envolvendo a morte, como questões contratransferenciais diante do paciente que está morrendo ou, no caso do luto perinatal, que experienciou uma perda, bem como um encontro do profissional com “medos infantis de separação, abandono e o medo da sua própria mortalidade” (Kovács, 1992, p. 226). Frente às questões contratransferenciais, algumas defesas podem ser despertadas pelos profissionais, como negação, reafirmação, repressão, superproteção, falso otimismo ou intelectualização (Norton, 1963). Contudo, essas defesas são capazes de gerar um distanciamento na relação profissional-paciente e interferir na capacidade do profissional em responder adequadamente às necessidades do paciente (Norton, 1963). Dessa forma, surge a iniciativa da elaboração de um protocolo que busque oferecer assistência tanto à pacientes quanto à equipe de saúde, dentro do escopo proposto.

Durante a prática realizada pelas estagiárias, foram coletadas diversas demandas que posteriormente foram elaboradas no protocolo. É comum, por exemplo, que as pacientes não sejam devidamente encorajadas a praticarem rituais de despedida com o bebê após a perda. Também tornou-se evidente, a partir de diversos relatos de pacientes hospitalizadas após uma perda gestacional, a necessidade de atenção por parte da equipe para com os sinais de risco -de perda- desde o primeiro contato da paciente com o Hospital, e não fornecer cuidados apenas após a perda. O acolhimento após a perda é de suma importância nesse contexto, sendo fundamental a escuta sem julgamentos, que legitime a dor da paciente enlutada e considere suas crenças e desejos perante a perda. Como embasamento para a escrita dos tópicos “Comunicação de notícias difíceis” e “Acolhimento após a perda”, abordados no Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal, foram utilizados outros protocolos já consolidados, como o Protocolo SPIKES e o Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E. É igualmente relevante a utilização de linguagem clara, compreensível, e aberta a dúvidas à paciente e à família, procurando evitar jargões médicos que podem dificultar a compreensão do quadro clínico, de procedimentos médicos e/ou da situação como um todo. Após a perda, também é crucial fornecer à paciente orientações escritas, que contenham informações sobre serviços funerários e cartório de registro civil, informação sobre como lidar com a produção de leite materno, consultas médicas e exames adicionais para investigações aprofundadas (se necessário) e informações sobre grupos de apoio ao luto e serviços psicológicos.

Para o desenvolvimento de todas essas demandas, contudo, é preciso da devida preparação da equipe, com formação que qualifique a equipe ao acolhimento do luto perinatal, grupos destinados ao compartilhamento de experiências e sentimentos da equipe em relação ao trabalho e ao contexto diário de perda presente nele, e uma maior ênfase às pacientes sobre a presença do serviço de psicologia no Hospital. Todas essas questões foram expostas no Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal fornecido à Instituição (Figuras 2 e 3). Quanto à comunicação entre profissional e paciente, foi construída uma página dedicada apenas para orientações contendo “O que fazer” e “O que não fazer”, perante ao contexto de luto perinatal (Figura 4). Além disso, visando proporcionar uma melhor adaptação e facilitar o processo disposto no Protocolo, foi desenvolvido, também, um Fluxograma (Figura 5) que dispõe de forma clara o passo-a-passo a ser seguido pela equipe, quando frente ao luto perinatal.

Por fim, o Protocolo desenvolvido pelas estagiárias foi apresentado à RT Gerente de Enfermagem, de forma a propor a implantação de tal protocolo, o qual foi notavelmente bem recebido. Durante a apresentação, cada etapa do protocolo foi minuciosamente detalhada,

visando destacar a importância de um cuidado humanizado e acolhedor à paciente e às famílias que enfrentam a perda perinatal.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se, a partir de todo o processo de produção do protocolo de assistência ao luto perinatal desenvolvido para o Hospital Beneficente Santa Helena, a urgência de uma maior atenção no que se refere à criação de diretrizes, protocolos e projetos de intervenções que abrangem a assistência ao luto perinatal. É esperado que o protocolo desenvolvido proporcione assistência que facilite o processamento do luto perinatal, bem como ofereça a sensação de cuidado às pacientes enlutadas em meio à sua dor e sofrimento. Além disso, o protocolo também pode auxiliar na diminuição de estresse e sofrimento dos profissionais de saúde que se encontram atuando com a morte perinatal em seu dia a dia.

Dessa forma, a criação desse protocolo é um passo importante para o desenvolvimento de um acolhimento humanizado e direcionado, tanto para os pacientes quanto para os profissionais que lidam com essa realidade. Além de proporcionar uma abordagem ética e emocionalmente adequada, o protocolo visa aprimorar o suporte psicológico, facilitar o processo de elaboração do luto e amenizar as dificuldades em manejar essas situações.

Os resultados obtidos durante a prática indicam que a atuação da equipe hospitalar frente ao luto perinatal requer maior estruturação, com espaço de reflexões contínuas para os profissionais e um olhar mais atento às demandas emocionais das famílias e dos próprios profissionais -que podem estar relacionadas à própria execução de práticas de acolhimento frente ao processo de morte-. O silêncio e a desvalidação em torno da dor materna são recorrentes, o que reforça a necessidade de um sistema de cuidado mais sensível. Portanto, a escassez de diretrizes específicas no Brasil evidencia uma lacuna significativa no manejo do luto perinatal. O protocolo desenvolvido busca não só dar visibilidade ao tema, mas também estabelecer práticas efetivas que auxiliem as mães e suas famílias no processo de enfrentamento e ressignificação dessa perda.

Por fim, a implementação de um protocolo específico garante que os pacientes sejam tratados com dignidade e que os profissionais tenham uma estrutura clara para lidar com situações delicadas como o luto perinatal. Esse avanço traz impactos positivos tanto para o cuidado emocional das pacientes quanto para o ambiente de trabalho hospitalar, promovendo uma atuação mais qualificada e sensível.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assunção, A. T., Tocci, H. A. (2003). Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem UNISA*. 4: 5-12.

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.

Bortoletti, F. F., Moron, A. F., Filho, J. B., Nakamura, M. U., Santana, R. M, Mattar, R. (2007). *Psicologia na prática Obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Manole.

Casellato G. (2020). *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. Summus Editorial.

Gesteira, S. M. A.; Barbosa, V. L.; Endo, P. C. (2016). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467.

Gonzalez, T. D. (2009). *Impact of active listening training at a California state hospital: a quantitative study*. ProQuest LLC.

Kavanaugh K, Trier D, Korzec M. Social Support Following Perinatal Loss. *Journal of Family Nursing*. 2004;10(1):70-92. <https://doi.org/10.1177/1074840703260905>.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mora-Alferez, A. P., Paredes, D., Rodríguez, O., Quispe, E, Chavesta, F., Zighelboim, E. K., Michelena, M. (2016). Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 62(2), 141-151. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322016000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200002).

Mussi, R. F. F., Flores, F. F., Almeida, C. B. (2021). Pressupostos para a Elaboração de Relato de Experiência como Conhecimento Científico. *Revista Práxis Educacional*. 17(48), 60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.

Muza, J. C., Sousa, E. N., Arrais, A. R., Iaconelli, V. (2011). Quando a morte visita a maternidade: papel do psicólogo hospitalar no atendimento ao luto perinatal. *Psicologia: teoria e prática*. 15(3), 34-48. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000300003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003).

NORTON, J. 1963. Treatment of a dying patient. *Psychoanal. Study of the Child*. 18:541-560.

Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., LeMonica, L., & Barros, G. A. M. (2017). The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian

medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43–49. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>.

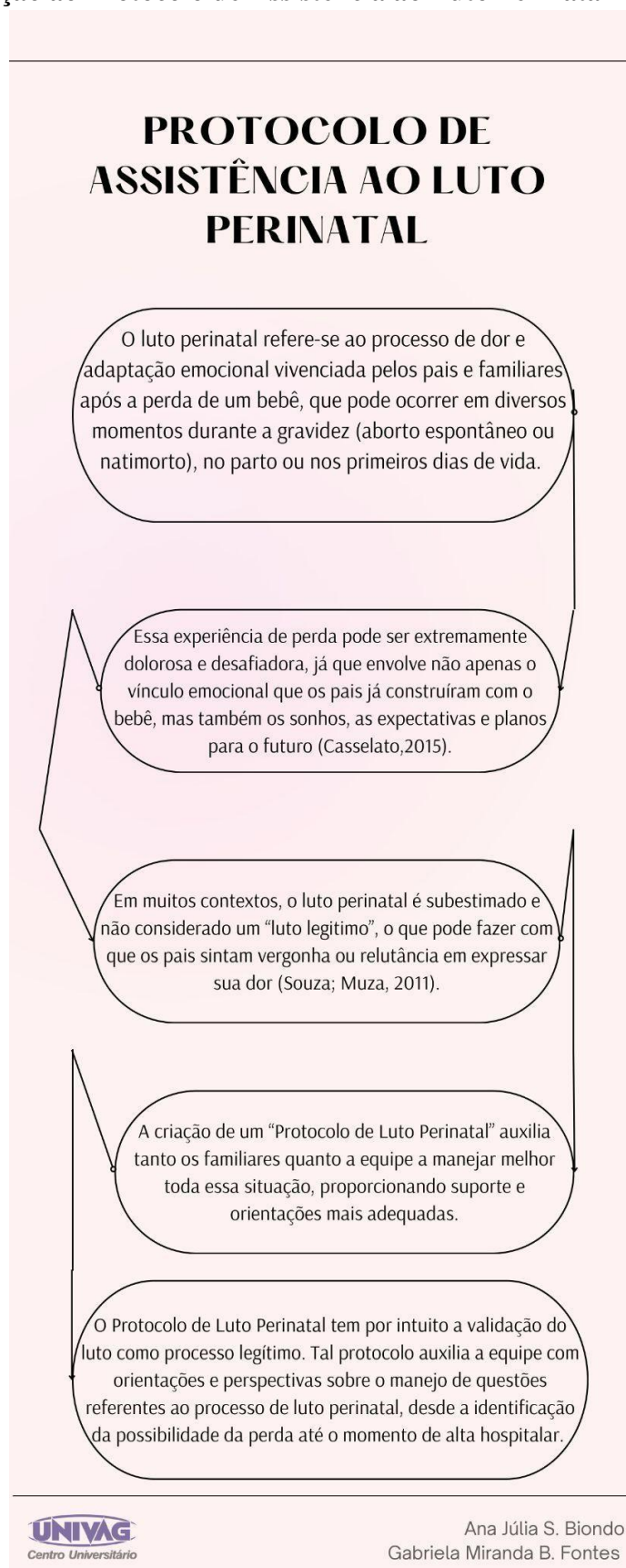
Salgado, H.O., Andreucci, C.B., Gomes, A.C.R. *et al.* (2021). The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. *Reprod Health* vol. 18(5), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4>.

SIMONETTI, A. (2006). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. (8th ed.). Casa do psicólogo.

WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. (1977). *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 56(3), 247–253.

## **7. Figuras**

**Figura 1. Introdução ao Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal**



**Figura 2. Pontos principais do Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal, página 1**

# Protocolo de assistência ao luto perinatal

Objetivo: Proporcionar assistência humanizada ao luto perinatal.  
Para proporcionar essa assistência é necessário atenção à alguns pontos:

## Infraestrutura

- Material para registrar e criar memórias (ex.: as impressões das mãos e dos pés).
- Espaço reservado ao ritual de despedida.
- Armazenamento adequado do feto caso a família queira um tempo para se decidir quanto ao ritual de despedida.
- Auxílio cartório para registro de nascimento e certidão de óbito por meio de uma cartilha/material que ofereça informações sobre o funcionamento desses trâmites.
- Acompanhamento do serviço social sobre o procedimento funerário.

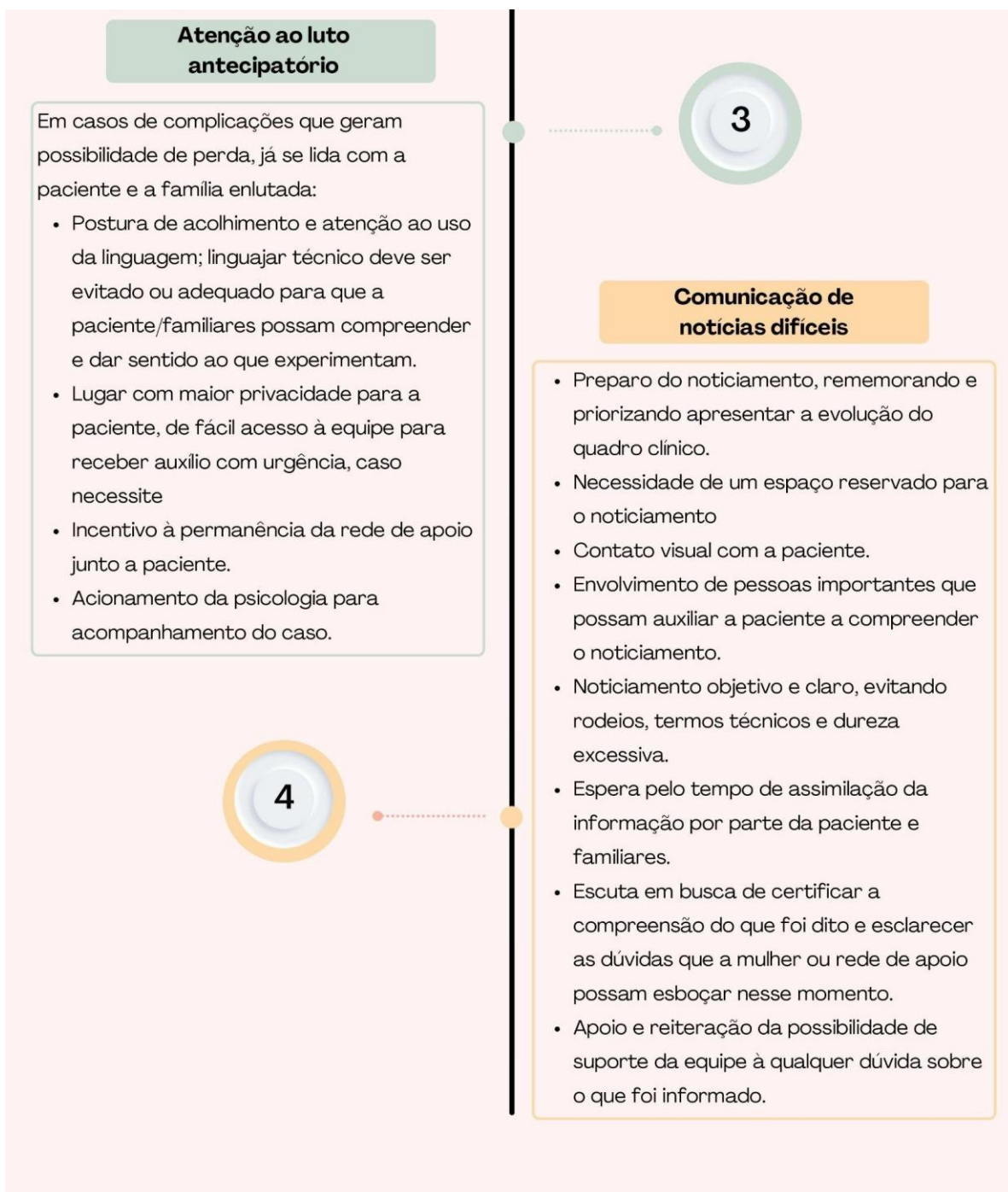
1

2

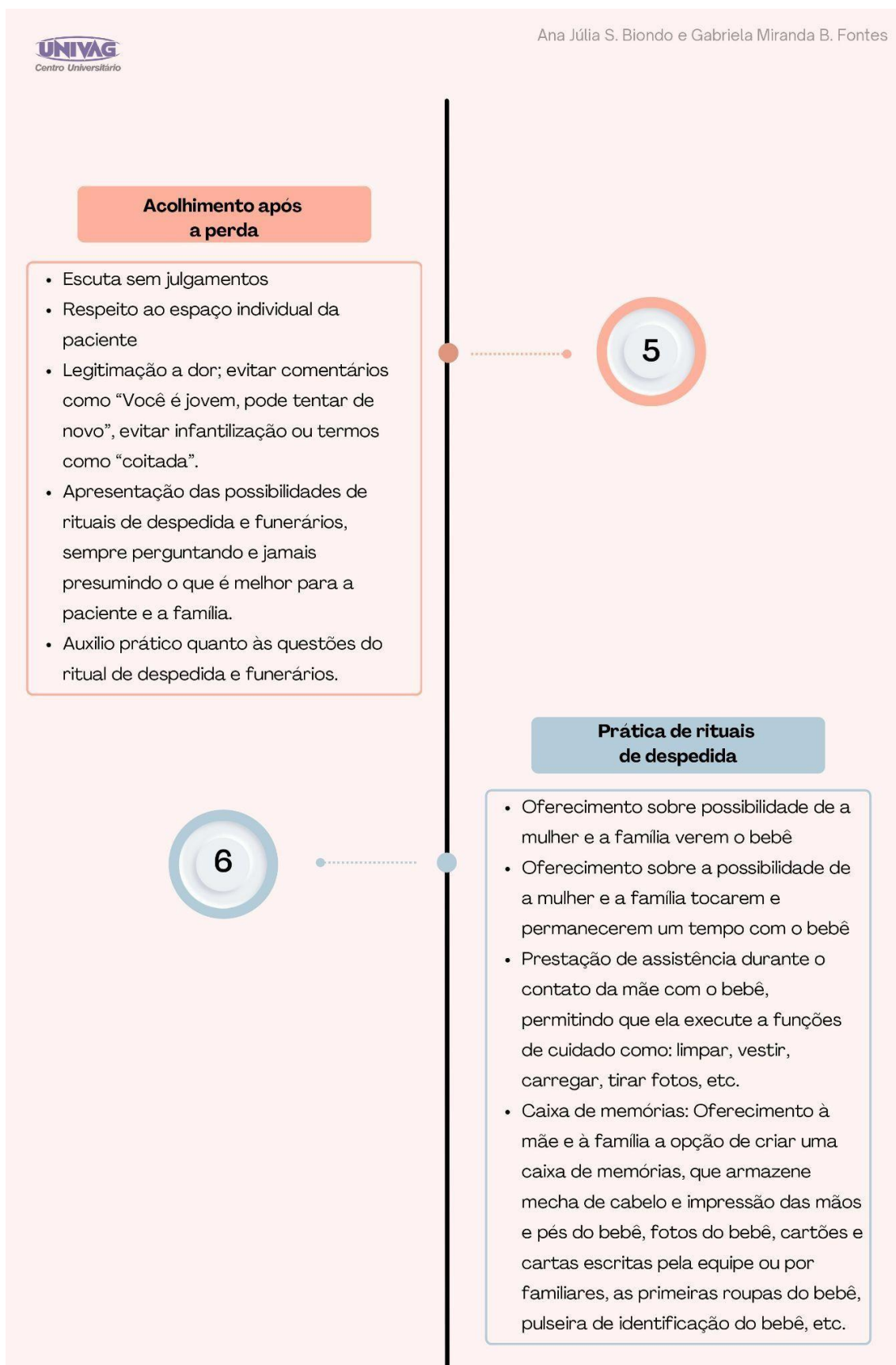
## Preparação da equipe

- Formação que qualifique a equipe ao acolhimento do luto perinatal, debatendo temas como: morte, comunicação de notícias difíceis, e primeiros cuidados psicológicos.
- Grupos destinados ao compartilhamento de experiências e sentimentos da equipe em relação ao trabalho e ao contexto diário de perda.
- Ênfase às pacientes sobre a presença do serviço de psicologia no Hospital.

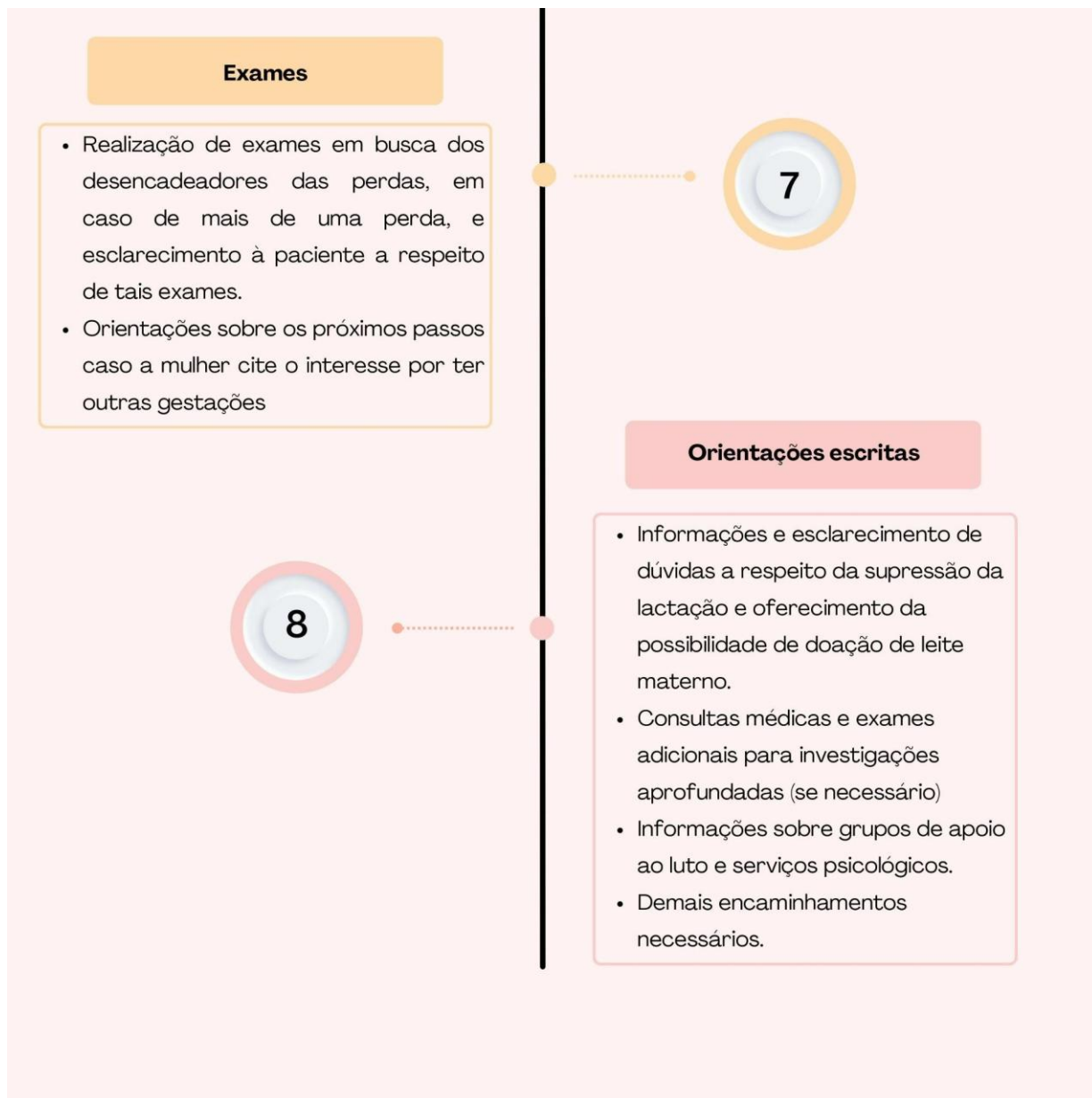
**Figura 3. Pontos principais do Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal, página 1**



**Figura 4. Pontos principais do Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal, página 2**



**Figura 5. Pontos principais do Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal, página 2**



**Figura 6. Comunicação com as pacientes e a família perante ao luto perinatal**

UNIVAG  
Centro Universitário

Ana Júlia S. Biondo e Gabriela Miranda B. Fontes

# COMUNICAÇÃO COM AS PACIENTES E A FAMÍLIA

O QUE FAZER	O QUE NÃO FAZER
Linguagem clara e compreensível à paciente e à família.	Utilizar jargões médicos ao se comunicar com a paciente e familiares e/ou noticiar apenas para os familiares e não para a paciente
Ouvir e acolher sem julgamentos. Legitimar o luto da paciente e da família.	Dizer frases como: “Você é nova, pode tentar de novo”, “Foi melhor assim”, “Poderia ter sido pior”, etc.
Certificar-se se a paciente possui alguma dúvida e prontamente respondê-las.	Evitar perguntas ou não oferecer espaço para que a paciente as faça.
Orientar a mãe e a família sobre a possibilidade de ver, tocar, carregar e permanecer um tempo com o bebê.	Não dar espaço para a mãe e a família terem contato com o bebê.
Sempre perguntar e jamais presumir o que é melhor para a paciente e a família.	Fazer comentários de cunho religioso, dado que não é possível saber a crença religiosa da paciente e da família sem que tenha sido dito.
Fornecer atualizações sempre que possível a respeito do quadro clínico da paciente e do bebê, antes e depois da perda.	Fornecer cuidados apenas após a perda. Evitar informar a paciente a respeito de seu quadro clínico.
Estar atento a sinais de risco desde o primeiro contato da paciente com o Hospital.	Omitir cuidados necessários. Utilizar frases como “Não podemos fazer nada” ou “É normal”.

**Figura 7. Fluxograma do Protocolo de Assistência ao Luto Perinatal**

## FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO LUTO PERINATAL

