

QUANDO O RISCO VIRA LUTO: CUIDADO PALIATIVO E HUMANIZAÇÃO NA PERDA GESTACIONAL EM GESTAÇÕES DE ALTO RISCO

Aysla Monique Fernandes Ferreira dos Santos¹.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN.

<http://lattes.cnpq.br/5949580098285992>

RESUMO: A perda gestacional, especialmente em gestações de alto risco, representa um evento devastador com profundas repercussões físicas, emocionais e sociais para a mulher, o casal e a família. Este capítulo de livro aborda a complexidade do luto perinatal, enfatizando a necessidade de uma abordagem humanizada e a integração dos cuidados paliativos perinatais na assistência de enfermagem. Serão conceituadas as principais causas de perda gestacional nas diferentes fases da gestação, discutidas estratégias de enfrentamento e estabelecidas diretrizes sobre o que fazer e o que não fazer diante do luto. A metodologia empregada é uma revisão narrativa da literatura, buscando subsídios em bases de dados como LILACS, SciELO, PubMed e MEDLINE, no período de 2015 a 2024. O objetivo é fornecer um referencial teórico-prático para profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, que atuam em maternidades de alto risco, promovendo um cuidado que valide a dor, respeite a singularidade do luto e ofereça suporte integral, transformando o “risco que vira luto” em um caminho de acolhimento e dignidade.

PALAVRAS-CHAVE: Perda Gestacional. Cuidados Paliativos. Humanização da Assistência.

WHEN RISK TURNS INTO GRIEF: PALLIATIVE CARE AND HUMANIZATION IN PREGNANCY LOSS IN HIGH-RISK PREGNANCIES

ABSTRACT: Gestational loss, especially in high-risk pregnancies, represents a devastating event with profound physical, emotional, and social repercussions for the woman, couple, and family. This book chapter addresses the complexity of perinatal grief, emphasizing the need for a humanized approach and the integration of perinatal palliative care into nursing assistance. The main causes of gestational loss at different stages of pregnancy will be conceptualized, coping strategies will be discussed, and guidelines on what to do and what not to do in the face of grief will be established. The methodology employed is a narrative literature review, seeking support from databases such as LILACS, SciELO, PubMed, and MEDLINE, from 2015 to 2024. The objective is to provide a theoretical-practical framework for health professionals, especially nurses, working in high-risk maternity wards, promoting

care that validates pain, respects the singularity of grief, and offers comprehensive support, transforming “risk into grief” into a path of welcoming and dignity.

KEY-WORDS: Pregnancy Loss. Palliative Care. Humanization of Assistance.

INTRODUÇÃO

Agestação é, para a maioria das mulheres e casais, um período de grande expectativa, alegria e planejamento para o futuro. No entanto, para aquelas que vivenciam uma gestação de alto risco, essa jornada pode ser permeada por incertezas, medos e, infelizmente, pela possibilidade real da perda gestacional. A gestação de alto risco é definida pela presença de condições maternas, fetais ou ambientais que aumentam a probabilidade de resultados adversos para a mãe e/ou para o feto, exigindo um acompanhamento especializado e contínuo.

A perda gestacional, seja ela um aborto espontâneo, um óbito fetal intrauterino ou neonatal precoce, é um evento traumático que atinge profundamente a mulher, o casal e toda a rede familiar. No Brasil, a epidemiologia da perda gestacional ainda é um desafio, com dados que subestimam a real dimensão do problema, mas sabe-se que milhões de mulheres são afetadas anualmente. O impacto emocional, psicológico e social dessa perda é imenso, frequentemente subestimado e invisibilizado pela sociedade e, por vezes, pelos próprios profissionais de saúde. O luto perinatal é um luto particular, muitas vezes sem reconhecimento social, o que o torna ainda mais complexo e doloroso.

Nesse cenário, a integração dos cuidados paliativos perinatais emerge como uma abordagem essencial. Longe de serem sinônimo de “desistência”, os cuidados paliativos perinatais focam na promoção do conforto, da dignidade e da qualidade de vida para o bebê e sua família, desde o diagnóstico de uma condição limitante da vida até o período pós-perda, abrangendo o luto. A humanização do cuidado, por sua vez, constitui o eixo central dessa assistência, garantindo que a mulher e sua família sejam vistas em sua integralidade, com suas dores, desejos e necessidades respeitados.

A enfermagem, por sua presença contínua e holística no cuidado, desempenha um papel fundamental no acolhimento do luto perinatal. É no leito, no dia a dia da enfermagem de alto risco, que a enfermeira se depara com a fragilidade da vida e a intensidade da dor. Compreender as nuances da perda gestacional, as estratégias de enfrentamento e as melhores práticas de cuidado humanizado e paliativo é imperativo para que possamos oferecer uma assistência que minimize o sofrimento e promova a elaboração saudável do luto. Este capítulo busca, portanto, ser um guia para essa jornada de cuidado, onde o risco, infelizmente, pode virar luto, mas onde a humanidade e a empatia devem prevalecer.

OBJETIVO

O objetivo geral deste capítulo é conceituar as principais causas de perda gestacional nas diferentes fases da gestação e apresentar estratégias de enfrentamento baseadas em cuidados paliativos e humanização.

METODOLOGIA

Este capítulo de livro foi elaborado a partir de uma revisão narrativa da literatura, que consiste em uma análise ampla e abrangente de publicações científicas sobre o tema, sem a necessidade de rigor metodológico de uma revisão sistemática, mas com o propósito de descrever e discutir o conhecimento existente. Esta abordagem foi escolhida por não envolver a coleta de dados com participantes, respeitando os preceitos éticos de não intervenção direta em seres humanos, e por permitir uma fundamentação teórica robusta e aprofundada sobre o tema proposto.

A busca por artigos científicos foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Os descritores controlados (DeCS/MeSH) utilizados, em português e inglês, foram: “Perda gestacional” (Pregnancy Loss), “Gestação de alto risco” (High-Risk Pregnancy), “Cuidados paliativos perinatais” (Perinatal Palliative Care), “Humanização da assistência” (Humanization of Assistance) e “Luto perinatal” (Perinatal Grief). A combinação desses descritores foi realizada utilizando o operador booleano “AND”.

O período de busca e seleção dos artigos compreendeu os anos de 2015 a 2024, visando incluir a literatura mais atualizada sobre o tema. Foram incluídos artigos publicados em português, inglês e espanhol que abordassem a perda gestacional, os cuidados paliativos perinatais e a humanização da assistência em gestações de alto risco. Foram excluídos estudos com metodologia inadequada para os objetivos propostos, duplicatas e aqueles que não se alinhavam diretamente com o tema central.

A análise dos dados consistiu na leitura exploratória e seletiva dos títulos e resumos dos artigos encontrados, seguida da leitura completa dos textos selecionados. A síntese narrativa dos achados permitiu a construção das seções temáticas deste capítulo, integrando as informações de forma coesa e fluida, com o objetivo de fornecer um panorama abrangente e prático sobre o cuidado à perda gestacional.

Quanto aos aspectos éticos, por se tratar de uma revisão narrativa da literatura que não envolve a coleta de dados com seres humanos, não houve necessidade de submissão a Comitês de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A perda gestacional é um evento multifacetado, com causas que variam significativamente conforme a fase da gestação. Compreender essas etiologias é o primeiro passo para uma abordagem clínica e humanizada eficaz.

1 PRINCIPAIS CAUSAS DE PERDA GESTACIONAL

A etiologia da perda gestacional é complexa e pode ser dividida didaticamente por trimestre, embora algumas causas possam se sobrepor.

1.1 Primeiro Trimestre (até 12 semanas)

A maioria das perdas gestacionais ocorre neste período, sendo as anomalias cromossômicas a causa mais frequente.

- **Anomalias cromossômicas:** Responsáveis por 50-70% dos abortos espontâneos no primeiro trimestre. São eventos aleatórios, geralmente não recorrentes, que impedem o desenvolvimento embrionário adequado.
- **Alterações anatômicas uterinas:** Malformações congênitas do útero (útero bicornio, septado, unicornio) podem dificultar a implantação ou o desenvolvimento da gestação.
- **Infecções:** Agentes infecciosos como Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes (complexo TORCH), além de outras infecções bacterianas ou virais, podem causar abortamento.
- **Fatores imunológicos:** A Síndrome Antifosfolípide (SAF) é uma condição autoimune que pode levar à trombose placentária e, conseqüentemente, à perda gestacional recorrente.
- **Fatores endócrinos:** Diabetes mellitus não controlada, hipotireoidismo e outras disfunções hormonais podem interferir na manutenção da gestação.
- **Fatores ambientais:** Exposição a substâncias teratogênicas, tabagismo, consumo de álcool e uso de drogas ilícitas são fatores de risco conhecidos.

1.2 Segundo Trimestre (13-27 semanas)

As perdas neste trimestre, embora menos frequentes que no primeiro, são particularmente dolorosas, pois a gestação já é mais visível e a ligação afetiva, mais intensa.

- **Incompetência istmo-cervical:** Condição em que o colo do útero se dilata e encurta prematuramente, sem contrações, resultando em aborto tardio ou parto prematuro extremo.
- **Descolamento prematuro de placenta:** Separação da placenta da parede uterina

antes do nascimento do bebê, podendo levar a hemorragia materna e sofrimento fetal.

- **Infecções ascendentes:** Infecções do trato genital que ascendem ao útero, causando corioamnionite (inflamação das membranas e placenta), rotura prematura de membranas e parto prematuro.
- **Malformações fetais graves:** Algumas anomalias congênitas incompatíveis com a vida podem ser diagnosticadas neste período, levando à interrupção da gestação ou óbito fetal.
- **Rotura prematura de membranas:** A ruptura da bolsa amniótica antes do trabalho de parto, especialmente se ocorrer precocemente, aumenta o risco de infecção e parto prematuro.
- **Insuficiência placentária:** Condição em que a placenta não consegue fornecer nutrientes e oxigênio suficientes para o feto, levando a restrição de crescimento intrauterino e, em casos graves, óbito fetal.

1.3 Terceiro Trimestre (28 semanas até o termo)

As perdas no terceiro trimestre são devastadoras, pois o bebê já é viável e a expectativa de tê-lo nos braços é iminente.

- **Síndromes hipertensivas:** Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e Síndrome HELLP são condições graves que podem comprometer a saúde materna e fetal, levando a óbito fetal ou necessidade de parto prematuro extremo.
- **Diabetes gestacional descompensada:** Níveis elevados de glicose podem causar macrossomia fetal, malformações e, em casos graves, óbito fetal.
- **Restrição de crescimento intrauterino grave:** Quando o feto não cresce adequadamente, aumentando o risco de sofrimento e óbito.
- **Descolamento prematuro de placenta e Placenta prévia com hemorragia:** Continuam sendo causas importantes de morbimortalidade materna e fetal.
- **Malformações incompatíveis com a vida:** Diagnóstico tardio de anomalias graves.
- **Óbito fetal intrauterino:** Pode ocorrer por diversas causas, muitas vezes idiopáticas, incluindo acidentes de cordão, infecções tardias ou insuficiência placentária aguda.

2 CUIDADOS PALIATIVOS PERINATAIS

Os cuidados paliativos perinatais representam uma filosofia de cuidado que se estende desde o diagnóstico de uma condição fetal limitante da vida até o período pós-natal, incluindo o luto.

2.1 Conceito e Princípios

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos perinatais são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. No contexto perinatal, isso se traduz em:

- **Foco no conforto e dignidade:** Garantir o máximo conforto para o bebê e a mãe, respeitando a dignidade de ambos.
- **Qualidade de vida:** Priorizar a qualidade dos momentos vividos, mesmo que breves.
- **Controle de sintomas:** Manejo da dor e outros sintomas físicos no bebê, e do sofrimento emocional da família.
- **Apoio integral à família:** Oferecer suporte psicossocial, espiritual e prático em todas as etapas.
- **Respeito à autonomia:** Valorizar as escolhas e decisões da gestante e do casal, informando-os de forma clara e honesta.

2.2 Abordagem Multiprofissional

A complexidade da perda gestacional exige uma equipe multiprofissional integrada e capacitada.

- **Papel da enfermagem:** A enfermeira é a profissional que mais tempo permanece ao lado da mulher e da família. Seu papel inclui acolhimento, escuta ativa, manejo da dor física e emocional, facilitação da comunicação, criação de memórias e continuidade do cuidado.
- **Papel da medicina:** Responsável pelo diagnóstico, prognóstico, manejo clínico da gestação e do parto, e comunicação de más notícias de forma empática.
- **Papel da psicologia:** Oferece suporte emocional especializado, auxilia na elaboração do luto, identifica sinais de luto complicado e encaminha para terapia.
- **Papel do serviço social:** Orienta sobre direitos (licença-maternidade, registro de natimorto, sepultamento), conecta a família a redes de apoio e recursos sociais.
- **Papel da capelania/assistência espiritual:** Oferece conforto espiritual e religioso, se desejado pela família, respeitando suas crenças e valores.

3 HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO À PERDA GESTACIONAL

A humanização é a pedra angular do cuidado à perda gestacional, transformando uma experiência potencialmente traumática em um processo de luto mais digno e respeitoso.

3.1 Princípios da Humanização

- **Respeito à singularidade:** Cada mulher e casal vivencia o luto de forma única. O cuidado deve ser individualizado, sem julgamentos.
- **Comunicação empática e honesta:** Informar a verdade de forma compassiva, utilizando linguagem clara e acessível, e permitindo que a família faça perguntas.
- **Ambiente acolhedor e privativo:** Oferecer um espaço onde a família possa vivenciar sua dor com privacidade, longe do ambiente de puérperas com bebês saudáveis.
- **Tempo para despedidas e rituais:** Permitir que a família passe tempo com o bebê, o toque, o abraço, e realize rituais de despedida que sejam significativos para eles.
- **Memórias tangíveis:** Facilitar a criação de recordações como fotos, pegadas, mechas de cabelo, pulseiras de identificação, que se tornarão tesouros para a família.
- **Continuidade do cuidado:** Garantir que o suporte não termine com a alta hospitalar, oferecendo acompanhamento no pós-perda.

3.2 Protocolos de Humanização

A implementação de protocolos de humanização é fundamental para padronizar e qualificar o cuidado.

- **Comunicação de más notícias:** Utilizar protocolos como o SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy/Summary) adaptado ao contexto perinatal, garantindo que a informação seja transmitida com sensibilidade e clareza.
- **Criação de memórias:** Estabelecer rotinas para a equipe oferecer e auxiliar na criação de memórias tangíveis, como a fotografia perinatal (se disponível), moldes de mãos e pés, ou uma caixa de memórias.
- **Rituais de despedida:** Apoiar a família na realização de rituais que lhes tragam conforto, como batismo, bênção, ou uma cerimônia de despedida, respeitando suas crenças.
- **Acompanhamento no pós-perda:** Agendar consultas de retorno, oferecer informações sobre grupos de apoio e serviços de psicologia especializados em luto perinatal.

4 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PERDA

O enfrentamento da perda gestacional é um processo complexo que exige suporte tanto para a família enlutada quanto para a equipe de saúde.

4.1 Para a Gestante/Casal

- **Validação dos sentimentos:** É crucial que a mulher e o casal sintam que sua dor é legítima e que todos os sentimentos (tristeza, raiva, culpa, vazio) são válidos.
- **Expressão do luto:** Encorajar a expressão do luto de forma individualizada, seja através da fala, da escrita, da arte ou de rituais.
- **Participação em grupos de apoio:** Conectar-se com outras pessoas que vivenciaram perdas semelhantes pode oferecer um senso de comunidade e validação.
- **Acompanhamento psicológico especializado:** A terapia pode ser fundamental para auxiliar na elaboração do luto, prevenir complicações como depressão e ansiedade.
- **Respeito ao tempo de luto:** Não há um prazo para o luto. A recuperação é um processo contínuo e individual.
- **Autocuidado físico e emocional:** Incentivar a mulher a cuidar de sua saúde física (alimentação, sono) e emocional (momentos de lazer, meditação).

4.2 Para a Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem, por estar na linha de frente, também precisa de estratégias de enfrentamento para lidar com o impacto emocional da perda.

- **Presença empática e escuta ativa:** Estar presente e ouvir sem julgamentos é o maior presente que a enfermeira pode oferecer.
- **Comunicação clara, honesta e compassiva:** Ser transparente sobre o que está acontecendo, mas com sensibilidade e respeito.
- **Respeito às decisões da família:** Apoiar as escolhas da família, mesmo que não sejam as que a equipe faria.
- **Facilitação de rituais e despedidas:** Auxiliar a família a criar memórias e realizar rituais de despedida.
- **Encaminhamento para rede de apoio:** Conhecer e indicar serviços de apoio psicológico e grupos de luto.
- **Documentação sensível e respeitosa:** Registrar os eventos de forma completa, mas com linguagem que reflita a humanidade do cuidado.
- **Autocuidado da equipe:** Promover espaços de desconpressão, supervisão clínica e apoio psicológico para a equipe, prevenindo o burnout e o sofrimento moral.

5 FALANDO SOBRE CONDUTAS

A forma como os profissionais de saúde se comportam e se comunicam pode ter um impacto duradouro na experiência de luto da família.

5.1 O QUE DEVE SER FEITO:

- ✓ Validar os sentimentos da mulher/casal, reconhecendo a legitimidade da dor.
- ✓ Oferecer presença constante e escuta ativa, permitindo que a família expresse sua dor.
- ✓ Respeitar o tempo e o processo de luto individual, sem impor prazos ou expectativas.
- ✓ Facilitar a criação de memórias (fotos, pegadas, mechas de cabelo), que serão tesouros para a família.
- ✓ Permitir e encorajar rituais de despedida que sejam significativos para a família.
- ✓ Oferecer informações claras e honestas sobre o que aconteceu, com linguagem acessível.
- ✓ Encaminhar para acompanhamento psicológico especializado em luto perinatal.
- ✓ Garantir privacidade e um ambiente acolhedor, longe de puérperas com bebês saudáveis.
- ✓ Incluir o parceiro/família no cuidado, reconhecendo que o luto é compartilhado.
- ✓ Realizar follow-up no pós-perda, oferecendo suporte contínuo.
- ✓ Documentar de forma sensível e respeitosa, registrando a história do bebê e da família.
- ✓ Oferecer apoio espiritual (se desejado), respeitando as crenças da família.

5.2 O QUE NÃO DEVE SER FEITO:

- X Minimizar a dor com frases como “você é jovem, terá outros filhos”, “foi melhor assim” ou “pelo menos não o conheceu”.
- X Culpabilizar a mulher com insinuações como “você deveria ter feito...” ou “se tivesse cuidado mais...”.
- X Apressar o processo de luto, sugerindo que a pessoa “siga em frente” rapidamente.
- X Evitar falar sobre o bebê ou a perda, como se o assunto fosse tabu.
- X Impor crenças religiosas ou espirituais à família.
- X Comparar perdas (“pelo menos não era um bebê grande”, “foi só um aborto”).
- X Oferecer soluções rápidas ou conselhos não solicitados.

- X Isolar a mulher em enfermaria com puérperas e recém-nascidos, sem oferecer alternativa.
- X Negar acesso ao bebê (se a família desejar ver/tocar/segurar), mesmo que por um breve momento.
- X Descartar o bebê sem consultar a família sobre suas vontades (sepultamento, cremação).
- X Usar linguagem técnica fria ou impessoal, desumanizando a experiência.
- X Demonstrar pressa ou impaciência com a dor da família.

6 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

A perda gestacional envolve direitos e deveres que precisam ser conhecidos e respeitados.

- **Direito ao registro de natimorto:** A Lei nº 12.662/2012 assegura o direito ao registro de natimorto para fetos com peso igual ou superior a 500 gramas ou idade gestacional de 20 semanas ou mais, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros. Este registro é fundamental para o reconhecimento da existência do bebê e para o processo de luto.
- **Licença-maternidade:** Em casos de natimorto, a mulher tem direito à licença-maternidade de 120 dias, conforme a legislação trabalhista brasileira, o que é crucial para sua recuperação física e emocional.
- **Sepultamento digno:** A família tem o direito de realizar o sepultamento do bebê, e os hospitais devem oferecer informações e apoio para que isso ocorra, inclusive sobre a possibilidade de sepultamento gratuito em cemitérios públicos.
- **Direito à informação e à autonomia:** A família tem o direito de receber informações claras e completas sobre o diagnóstico, prognóstico e opções de cuidado, e de tomar decisões informadas sobre o tratamento e o destino do corpo do bebê.
- **Confidencialidade e privacidade:** Todas as informações relacionadas à gestação e à perda devem ser tratadas com a máxima confidencialidade e a privacidade da família deve ser garantida.
- **Consentimento informado:** Para qualquer procedimento médico, o consentimento informado da gestante é indispensável.

7 IMPACTO DO LUTO GESTACIONAL

O luto gestacional é um processo complexo que afeta a mulher e o casal em diversas dimensões.

7.1 Dimensão Física

- **Alterações hormonais pós-perda:** A queda abrupta dos hormônios gestacionais pode intensificar os sintomas de tristeza e fadiga.
- **Fadiga, insônia, alterações de apetite:** Sintomas comuns que refletem o estresse físico e emocional.
- **Dores físicas:** Mama ingurgitada (se a lactação iniciar), cólicas uterinas, dor no local do parto (se houver).

7.2 Dimensão Emocional

- **Tristeza profunda, choro frequente:** Reações normais e esperadas diante da perda.
- **Raiva, culpa, vergonha:** Sentimentos comuns, muitas vezes direcionados a si mesma, ao parceiro, à equipe de saúde ou a Deus.
- **Ansiedade, medo de nova gestação:** A experiência traumática pode gerar grande apreensão em relação a futuras gestações.
- **Depressão pós-perda:** O luto complicado pode evoluir para um quadro depressivo, exigindo intervenção profissional.

7.3 Dimensão Social

- **Isolamento social:** A dificuldade de amigos e familiares em lidar com a perda pode levar ao isolamento da mulher/casal.
- **Dificuldade de retorno ao trabalho:** A concentração e o desempenho podem ser afetados, exigindo um período de adaptação.
- **Incompreensão de familiares/amigos:** Frases inadequadas e a falta de reconhecimento do luto podem agravar o sofrimento.
- **Estigma social do luto invisível:** A sociedade muitas vezes não reconhece a perda gestacional como um luto legítimo, dificultando a expressão da dor.

7.4 Dimensão Espiritual

- **Questionamento de crenças:** A perda pode levar a questionamentos sobre a fé, o propósito da vida e a justiça divina.
- **Busca de sentido para a perda:** A necessidade de encontrar um significado para o ocorrido.
- **Necessidade de rituais espirituais:** A busca por conforto em práticas religiosas ou

espirituais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda gestacional em gestações de alto risco é uma realidade dolorosa e complexa que exige dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, uma abordagem que transcenda o tecnicismo e abrace a humanidade. Este capítulo buscou conceituar as principais causas de perda em cada trimestre, detalhar os princípios dos cuidados paliativos perinatais e da humanização, e oferecer diretrizes claras sobre o que fazer e o que não fazer no acolhimento do luto.

A integração dos cuidados paliativos perinatais não significa desistência, mas sim um compromisso inabalável com o conforto, a dignidade e o apoio integral à família em um dos momentos mais vulneráveis de suas vidas. A humanização da assistência, por sua vez, é um direito da mulher e do casal, garantindo que sua dor seja validada, suas escolhas respeitadas e que o processo de luto seja vivenciado com o máximo de acolhimento possível.

O papel central da enfermagem nesse cenário é inegável. Com sua presença constante, escuta ativa e capacidade de estabelecer vínculos, a enfermeira é a ponte entre a técnica e a emoção, a ciência e a compaixão. Para tanto, a capacitação profissional contínua em luto perinatal, comunicação de más notícias e cuidados paliativos é imperativa.

As perspectivas futuras apontam para a necessidade de implementação de protocolos institucionais robustos, educação permanente das equipes de saúde e a criação de redes de apoio mais eficazes para as famílias enlutadas. Que este trabalho sirva como um lembrete de que, mesmo quando o risco vira luto, a esperança reside na capacidade de cuidar com amor, respeito e dignidade, transformando a dor em um caminho de memória e resiliência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de Gestação de Alto Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro de natimorto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jun. 2012.

COSTA, A. P. R.; SILVA, M. H. S. O luto perinatal e a atuação da enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, e20190000, 2020.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

HIRIGOYEN, M. F. **Assédio moral: a violência perversa no cotidiano**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer/cuidado-paliativo>. Acesso em: 15 out. 2024.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners and implementers**. Geneva: WHO, 2018.

SILVA, M. H. S.; ALMEIDA, J. F. A comunicação de más notícias em obstetrícia: desafios e estratégias para a enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 28, e49000, 2020.

SOUZA, L. M. et al. Perda gestacional: o impacto na saúde mental da mulher e a importância do apoio profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00000000, 2020.