

Do nascimento à perda: Análise dos atendimentos psicológicos em casos de morte neonatal em um hospital de referência materno-infantil do estado do Pará

From birth to loss: An analysis of psychological care in cases of neonatal death at a maternal and child referral hospital in the state of Pará

Ana Carolina Teixeira Ribeiro da Costa^{1,2} , Ana Tereza Frade de Araújo² , Ana Carolina Araújo de Almeida Lins^{2,3} 

RESUMO **Objetivo:** Analisar os atendimentos psicológicos ofertados aos responsáveis e familiares que vivenciaram a perda neonatal durante a internação, bem como problematizar as práticas de atendimento psicológico e investigar os Procedimentos Operacionais Padrão voltados às situações de óbito e perda neonatal, presentes na instituição. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa e documental. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental, com a participação de sete psicólogos vinculados à instituição. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo de Laurence Bardin, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. **Resultados:** Mediante as entrevistas, foram identificadas as categorias: 1 – O encontro com a dor: atendimento psicológico e estratégias de cuidado diante da perda, com as subcategorias 1.1 – Entre a fé e a perda: a presença da espiritualidade/religiosidade no atendimento psicológico e 1.2 – Os rituais fúnebres como suporte simbólico; 2 – Cuidar e ser cuidado: o psicólogo frente à morte neonatal, com a subcategoria 2.1 – Reconhecendo seus limites e aprendizados: o psicólogo em evolução; e 3 – O diálogo entre a técnica e o cuidado: avaliação sobre a importância dos Procedimentos Operacionais Padrão, diante do óbito neonatal. As categorias evidenciaram que os atendimentos psicológicos ofertados configuram-se como práticas humanizadas. **Conclusão:** Observou-se, nesses atendimentos, uma escuta acolhedora. Entretanto, apesar dos avanços nas práticas psicológicas e na valorização da vivência do luto, ainda se identificam lacunas institucionais que merecem atenção. **Descritores:** serviço hospitalar de psicologia; luto; mortalidade infantil; qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

SUMMARY **Purpose:** To analyze the psychological care offered to caregivers and family members who experienced neonatal loss during hospitalization, as well as to problematize the practices of psychological care and investigate the Standard Operating Procedures for dealing with neonatal death and loss situations present in the institution. **Methods:** This is a field research study, with a qualitative and documentary approach. Data collection was carried out through semi-structured interviews and document analysis, with the participation of seven psychologists linked to the institution. The data were analyzed according to Laurence Bardin's content analysis, following the stages of pre-analysis, exploration of the material, and treatment of the results. **Results:** Through the interviews, the following categories were identified: 1 – The encounter with pain: psychological care and care strategies in the face of loss, with the subcategories 1.1 – Between faith and loss: the presence of spirituality/religiosity in psychological care and 1.2 – Funeral rituals as symbolic support; 2 – Caring and being cared for: the psychologist facing neonatal death, with the subcategory 2.1 – Recognizing their limits and learnings: the psychologist in evolution; and 3 – The dialogue between technique and care: evaluation of the importance of Standard Operating Procedures in the face of neonatal death. The categories showed that the psychological services offered are configured as humanized practices. **Conclusion:** A welcoming listening was observed in these services. However, despite advances in psychological practices and the appreciation of the experience of grief, institutional gaps that deserve attention are still identified.

Keywords: hospital psychology service; bereavement; infant mortality; health care quality, access, and evaluation.

¹Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil.

²Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), Belém, PA, Brasil.

³Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, PA, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: 20/01/2026

Aceito: 27/04/2026

Trabalho realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), Belém, PA, Brasil.

INTRODUÇÃO

A concepção de infância e a preocupação familiar e social com as crianças, são noções relativamente recentes, considerando a longa história social da humanidade. Segundo Philippe Ariès¹, é somente a partir do século XVII que o entendimento sobre a infância começa a emergir e a ser cultivado, a noção de infância não estava presente nos períodos históricos anteriores à idade moderna devido aos altos índices de mortalidade infantil e às práticas de infanticídio. Além disso, a expectativa de vida da população era extremamente baixa em função das condições insalubres de saúde, doenças e do sistema de higiene precário da época. Assim, devido à brevidade da vida de recém-nascidos e crianças, a afetividade para com esses pequenos era praticamente inexistente¹.

Entretanto, ao longo dos anos e séculos, o mundo moderno e tecnológico passou a ser caracterizado por novas configurações sociais. A noção de infância e família foi construída e hoje é amplamente protegida por leis e regulamentações. O desenvolvimento científico, alinhado ao modelo positivista, trouxe avanços como a cura de doenças, o aprimoramento do saneamento básico, vacinas e outras descobertas científicas que moldam a atualidade. Com o aumento da expectativa de vida, a morte se afastou predominantemente de um certo recorte populacional branco e da classe média alta. A maior concentração de mortalidade infantil ainda afeta principalmente crianças pobres, negras e indígenas, essas compõem predominantemente a maior parte da população atendida no Sistema Único de Saúde (SUS)^{2,3}.

Assim o óbito infantil ainda é uma realidade frequente no Brasil. Especialistas no tema, como Gaíva, Bittencourt e Fujimori⁴, elucidam que os óbitos neonatais representam 60% da taxa de mortalidade infantil (TMI) em todo o país. Dados do Ministério da Saúde³, mostram que as regiões Norte e Nordeste apresentam os maiores índices de mortalidade neonatal no Brasil, além de concentrarem grande parte da subnotificação dos óbitos infantis. Conforme o site Datasus⁵, dados parciais de janeiro a maio, provenientes do painel de monitoramento de mortalidade infantil e fetal, demonstram que, dos 826 óbitos infantis já registrados no norte do país, 395 estão localizados no Pará, configurando-se, dessa forma, como o estado com o maior número de mortes³⁻⁵.

Os óbitos neonatais são definidos pelo Ministério da Saúde³ como aqueles ocorridos até 27 dias após o nascimento. Esse evento, que contraria biologicamente e socialmente o entendimento do curso normal de vida dos seres humanos, pode ter diversas causas e fatores determinantes. De acordo com os teóricos Pedrosa, Sarinho e Ordonha⁶, as causas das perdas neonatais, são frequentemente associadas no Brasil a asfixias, baixo peso, infecções e prematuridade. Além disso, estão relacionadas aos fatores físicos, emocionais, socioeconômicos e, principalmente, ao acesso à saúde durante a gestação, o parto e o pós-parto. Dessa forma, é imprescindível destacar que esses óbitos são evitáveis mediante o acesso e ao usufruto dos determinantes sociais de saúde^{3,6}.

Diante desse acontecimento, as mães, pais e familiares do recém-nascido experienciam o fenômeno do luto ao se depararem com a morte tão precocemente. Franco⁷ elucidada que o luto é uma reação psicológica normal que ocorre quando os indivíduos enfrentam a perda de um ente querido. O luto se constitui por manifestações que têm grande impacto no sistema de construções subjetivas, nos quais ocorrem mudanças na identidade e nas relações sociais estabelecidas, ou seja, é um processo psicológico que acarreta um impacto psíquico profundo na pessoa que o vivencia, alterando a sua antiga concepção de mundo⁷.

Essa referida reação psicológica, presente diante do fenômeno da morte, está vigente no que se refere ao óbito neonatal, entretanto, o luto neonatal carrega em seu entorno social uma interdição do sentir. Segundo Muza et al.⁸, além do luto neonatal não ser reconhecido e validado socialmente, às memórias conjuntas do bioma mãe-bebê, levam a perda de um filho a ser igualada a retirada de uma parte do corpo. Dessa forma, a morte do recém-nascido também se estabelece como a morte da mãe, levando ao destroçamento da construção do identitário materno. É experienciada uma certa ineficiência de exercer tal função. Ainda

segundo os estudos de Muza et al.⁸, o óbito neonatal gera consequências extremas para a família, abalando possibilidades futuras psíquicas e sociais de exercer papéis familiares⁸.

Nesse contexto, torna-se imprescindível a oferta de atendimento psicológico em situações de óbitos presentes nos hospitais e maternidades. Particularmente com a promulgação da Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025, que instituiu, nos serviços de saúde hospitalares privados e integrantes do SUS, a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, na qual reorganiza e restaura o atendimento prestado em casos de perda gestacional, óbito fetal e óbito neonatal. A nova política fortalece uma prática humanizada, que assegura o atendimento psicológico, bem como possibilita a criação de protocolos que viabilizem procedimentos como a acomodação em ala separada e o incentivo à realização de rituais fúnebres/memoriais, fundamentais para a elaboração do luto⁹.

Nessa perspectiva, o papel do psicólogo por meio da escuta especializada é ofertar espaço para a expressão verbal/ não verbal e a validação do momento vivido, possibilitando, consequentemente, o emergir dos sentimentos, além de incentivar a realização dos rituais fúnebres, que são socialmente imprescindíveis para a elaboração do luto. À vista disso, o trabalho do psicólogo na condução dos casos de óbito neonatal, com os preceitos da humanização em saúde, possibilitará a prevenção de complicações psicológicas futuras em decorrência da perda⁸.

Cabe ressaltar que a qualidade dos atendimentos psicológicos em casos de perda neonatal é influenciada por fatores históricos, dados epidemiológicos e políticas públicas, que afetam a maneira como os óbitos neonatais são vivenciados no ambiente hospitalar. Nesse contexto, a escuta psicológica direcionada a essas situações deve incorporar, além dos fatores mencionados, uma abordagem interseccional. A interseccionalidade, conceito introduzido pela professora Kimberlé Crenshaw em 1989 a partir das lutas do movimento feminista negro, oferece uma análise crítica e abrangente dos elementos da construção identitária do sujeito, como raça, classe e gênero, esses, por sua vez, são diretamente afetados pelos sistemas opressivos enraizados na atual conjuntura social, que perpetuam o sofrimento psíquico^{8,10}.

Diante desse cenário, compreender como se configuram as práticas de apoio psicológico em casos de perdas neonatais em um hospital público materno-infantil de referência na região Norte do país, é fundamental para o aprimoramento das políticas de humanização, o fortalecimento do cuidado no contexto materno-infantil e para o fomento de produções científicas sobre a temática na realidade nortista. Assim, este estudo de campo, de caráter descritivo, fundamenta-se nas abordagens da pesquisa qualitativa e da pesquisa documental, tem como objetivo analisar os atendimentos psicológicos ofertados aos responsáveis e familiares que vivenciaram a perda neonatal durante a internação, bem como problematizar as práticas de atendimento psicológico e investigar os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)¹ voltados às situações de óbito e perda neonatal presentes na instituição.

MÉTODOS

Tipo de estudo

O presente estudo é composto por uma pesquisa de campo descritiva, que combina duas metodologias: a pesquisa qualitativa e a pesquisa documental. A pesquisa qualitativa, segundo Oliveira¹¹, é uma técnica utilizada em situações nas quais o objetivo do estudo é compreender as representações ou concepções atribuídas a um fenômeno específico, ligando-se diretamente aos pressupostos teóricos das ciências sociais. A pesquisa documental, em consonância com Sá-Silva et al.¹², refere-se à utilização de informações contidas em diferentes tipos de documentos, como relatórios, cartas, protocolos, jornais, registros e outros materiais variados, possibilitando o acesso a informações significativas para as pesquisas ao proporcionar uma riqueza de dados frequentemente desvalorizados^{11,12}.

1 Os POPs são documentos especializados que sistematizam os serviços no ambiente hospitalar e visam garantir à instituição um atendimento regulado, no qual os profissionais possuam bases para suas práticas, eliminando possíveis intercorrências e oferecendo ao hospital qualidade e eficiência no atendimento.

Ambiente e participantes do estudo

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e agosto de 2025, em um hospital materno-infantil de assistência e ensino. A instituição assume o compromisso e a responsabilidade de fomentar a formação de profissionais qualificados para atuar no SUS, por meio do ensino, pesquisa e extensão, oferecendo uma estrutura financeira e física que serve de suporte para as atividades que constituem esse tripé¹³.

Inicialmente, o projeto previa a participação de nove psicólogos vinculados à instituição, atuantes nas áreas da Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. A definição dessa amostra baseou-se nos princípios da pesquisa qualitativa, que valoriza os significados que os participantes atribuem às suas vivências e experiências de mundo, em vez de se apoiar em uma amostra estatística ou representativa do ponto de vista numérico¹¹.

Critérios de inclusão e critérios de exclusão

Definida a amostra, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: estar regularmente vinculado como psicólogo à instituição, atuar em uma das unidades mencionadas anteriormente, concordar em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinar o Termo de Autorização para Utilização de Relatos de Som de Voz para fins de pesquisa. Foram excluídos os participantes que não atendessem a esses critérios. Durante a coleta, sete psicólogos atenderam a todas as exigências e participaram efetivamente da pesquisa. A redução no número de participantes ocorreu possivelmente em razão de resistências institucionais e da sensibilidade ao tema morte e luto.

Para a pesquisa documental, seguiram-se critérios específicos de inclusão: o documento deveria estar catalogado como POP, pertencer à categoria profissional da psicologia e conter, em seu texto, a sistematização do trabalho do psicólogo. Além disso, o conteúdo do POP deveria estar relacionado ao atendimento em situações de morte e luto neonatal.

Instrumentos e materiais

Na etapa de levantamento de dados, foram utilizados cinco instrumentos. 1- Um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, destinado à obtenção de dados sociodemográficos e percepções dos participantes. 2- Um protocolo para abordagem documental, voltado à descrição e detalhamento dos POPs encontrados. Como adicionalmente três termos éticos relacionados à participação e à utilização de dados. 3- O TCLE. 4- O Termo de Autorização para Utilização de Relatos de Som de Voz para fins de pesquisa. 5- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

Coleta de dados

As entrevistas foram conduzidas em salas da psicologia, espaços de atendimento dedicados ao serviço de apoio psicológico espalhados pela instituição. Esses ambientes, utilizados para a coleta de dados da pesquisa qualitativa, são estruturados, contam com mesas, cadeiras, sistema de refrigeração, internet e computadores, oferecendo condições sigilosas e adequadas para a realização da pesquisa. Após a definição do local, os psicólogos do hospital foram convidados a participar da pesquisa, sendo abordados em sua clínica de referência e receberam todas as orientações necessárias sobre a gravação/transcrição, o sigilo das informações/identidades, os riscos/benefícios do estudo, seus objetivos e a natureza voluntária da participação, podendo desistir a qualquer momento ou optar por não responder a perguntas que causassem desconforto. A leitura e assinatura do TCLE e do Termo de Autorização para Utilização de Relatos de Som de Voz foram obrigatórias.

Os relatos orais colhidos, tiveram duração variada, entre 20 e 50 minutos, e continham perguntas que estimulavam os profissionais a relatarem sua rotina de atendimento hospitalar diante do óbito neonatal, compartilhando estratégias e instrumentos de cuidado, bem como suas perspectivas subjetivas sobre o próprio fazer profissional.

Análise de dados

Todas as entrevistas foram integralmente transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo, segundo a proposta de Laurence Bardin¹⁴, que compreende três etapas fundamentais: a pré-análise, referente à organização inicial do estudo, na qual foram realizadas leituras flutuantes das entrevistas; a exploração do material, consistindo no prosseguimento das hipóteses e ideias formuladas na fase anterior, com a aplicação das regras de codificação; e, por fim, o tratamento dos resultados, que possibilitou a identificação de categorias e subcategorias representativas dos fenômenos estudados, bem como a formulação das interpretações e inferências que expressam o percurso analítico da pesquisa¹⁴.

As categorias identificadas foram: 1- O encontro com a dor: atendimento psicológico e estratégias de cuidado diante da perda, com as subcategorias, 1.1- Entre a fé e a perda: A presença da espiritualidade / religiosidade no atendimento psicológico e 1.2- Os rituais fúnebres como suporte simbólico; 2- Cuidar e ser cuidado: o psicólogo frente à morte neonatal, com a subcategoria 2.1- Reconhecendo seus limites e aprendizados: o psicólogo em evolução; e 3- O diálogo entre a técnica e o cuidado: avaliação sobre a importância dos Procedimentos Operacionais Padrão diante do óbito neonatal.

Para preservar o anonimato, os participantes receberam pseudônimos inspirados em constelações: Andrômeda, Lyra, Phoenix, Crux, Lacerta, Carina e Aquila, que simbolizam luz, travessia, força, conexão espiritual, amor eterno, ponte entre mundos e esperança. Esses elementos estão presentes nos atendimentos ao óbito neonatal e refletem a tentativa humana de encontrar sentido na morte.

A análise de dados desta pesquisa, concluiu-se com a indexação dos POPs e sua interpretação detalhada, os documentos foram coletados na intranet do hospital, que contém todos os registros que sistematizam e orientam os serviços de saúde da instituição. Esses POPs estão disponíveis integralmente e podem ser consultados por servidores, residentes e estagiários da fundação. O acesso à intranet foi realizado nas salas destinadas a estudos, orientações e tutorias, situadas na ala administrativa, por meio de login e senha fornecidos à pesquisadora pela Comissão de Residência Multiprofissional do Programa de Saúde da Mulher e da Criança.

Contudo, ressalta-se que a coleta de dados coincidiu com a preparação para a acreditação Internacional Qmentum. Devido a essa auditoria, o setor de qualidade encontrava-se em fase de revisão e centralização documental, o que impôs limitações ao acesso de determinados registros, restringindo a análise integral de todos os protocolos originalmente previstos.

Aspectos éticos

Mediante as ponderações, a escolha da junção de duas metodologias de pesquisa, possibilitou a superação dicotômica ao não se limitar a uma única vertente, mas transcender fronteiras tradicionais por meio da articulação de duas formas distintas de investigação, englobando as informações documentais com as percepções extraídas das entrevistas, permitindo a compreensão integral do ambiente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o CAAE nº 85760225.5.0000.5171, com dois pareceres substanciados (nº 7.360.239 e nº 7.619.338). Além de posteriormente receber a autorização da Coordenação do Núcleo Biopsicossocial (CBIO), que rege o serviço de psicologia, garantindo sigilo, anonimato e voluntariedade. Os psicólogos tiveram o direito de não responder a qualquer questão ou desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízos ou danos¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio das definições metodológicas apresentadas na seção anterior, foram conduzidas as fases empíricas da investigação, articuladas às duas abordagens de pesquisa selecionadas. Desse modo, para garantir maior clareza e organização, os resultados serão apresentados inicialmente a partir da pesquisa qualitativa, relacionando as categorias e subcategorias codificadas nas entrevistas, em consonância com o delineamento metodológico previamente estabelecido.

Sob esse viés, a amostra final foi composta por sete psicólogos atuantes em diferentes setores do hospital, incluindo Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Assim, por meio do perfil sociodemográfico do grupo entrevistado observou-se a predominância do sexo feminino, com cinco mulheres e dois homens, com idades variando entre 32 e 63 anos. Quanto à orientação sexual, um participante identificou-se como homossexual e seis como heterossexuais. No que se refere à raça/cor, uma profissional declarou-se preta, três declararam-se pardos e três brancos.

Em relação à escolaridade, houve prevalência de profissionais com especialização, seguidos por dois mestres e dois com graduação completa. Quanto à religião, observou-se uma distribuição equitativa entre católicos (n=3) e participantes sem religião (n=3), além de uma profissional evangélica. No estado civil, a amostra dividiu-se entre casados (n=2), solteiros (n=2), separados (n=2) e uma viúva. Cinco participantes declararam ter filhos (variando de um a quatro), e dois não possuem filhos. Por fim, em termos de auto-percepção de classe social, seis psicólogos identificaram-se como pertencentes à classe média baixa e um à classe baixa.

Na Tabela 1 é possível visualizar integralmente todo o perfil sociodemográfico dos participantes.

Em consonância com os dados demográficos apresentados, é também importante caracterizar o perfil dos participantes para a adequada compreensão dos dados qualitativos. As entrevistas contaram com a participação de psicólogos com diferentes tempos de atuação na instituição, variando de um ano e meio a vinte e um anos de trabalho. Entre os sete participantes, quatro afirmaram ter tido contato com o tema morte ou luto durante a formação profissional, enquanto três relataram não ter abordado o assunto em sua trajetória acadêmica.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados de um hospital materno-infantil de assistência e ensino, Belém-PA, fevereiro a agosto de 2025.

Psicólogos	Idade	Gênero	Orientação sexual	Raça/cor	Escolaridade	Religião	Estado Civil	nº de filhos	Classe social
Crux	61	Masculino	Heterossexual	Pardo	Especialização	Ateísta	Casado	2	Média baixa
Lacerta	56	Feminino	Heterossexual	Branca	Especialização	Evangélica	Viúva	2	Baixa
Phoenix	32	Masculino	Homossexual	Branco	Especialização	Católico	Solteiro	0	Média baixa
Lyra	49	Feminino	Heterossexual	Preta	Mestrado	Católica	Casada	1	Média baixa
Andrômeda	40	Feminino	Heterossexual	Branca	Nível superior	Católica	Separada	2	Média baixa
Carina	58	Feminino	Heterossexual	Parda	Nível superior	Nenhuma	Solteira	0	Média baixa
Aquila	63	Feminino	Heterossexual	Parda	Mestrado	Nenhuma	Separada	4	Média baixa

Fonte: Elaborada pelas autoras (2025).

Aqueles que tiveram esse contato prévio indicaram que os estudos sobre o tema forneceram subsídios importantes para sua prática clínica na instituição, ao passo que os demais relataram ter aperfeiçoado sua prática diante casos de perdas, apenas a partir da vivência hospitalar. De modo geral, todos os participantes haviam experienciado atendimentos relacionados ao óbito neonatal, sendo que os profissionais com maior tempo de instituição acumulavam mais vivências voltadas a esse tipo de situação.

À vista disso, essa diversidade de trajetórias e experiências, presente na Tabela 2, configura o grupo de entrevistados, como heterogêneo, capaz de oferecer à pesquisa uma pluralidade de perspectivas e significados sobre o trabalho psicológico no contexto do óbito neonatal, enriquecendo a análise qualitativa.

Tabela 2. Caracterização do perfil dos participantes de um hospital materno-infantil de assistência e ensino, Belém-PA, fevereiro a agosto de 2025.

Psicólogos	Tempo de trabalho na instituição	Contato com o tema morte ou luto durante a formação profissional (graduação, cursos extracurriculares, especializações e outros)	Este contato forneceu subsídios para a prática na instituição	Média de casos de óbito neonatal atendidos ao longo da prática profissional
Crux	19 anos	Nenhum	Nenhum contato	Mais de 100 atendimentos
Lacerta	18 anos	Nenhum	Nenhum contato	Incontáveis atendimentos
Phoenix	1 ano e meio	Sim	Sim	150 atendimentos
Lyra	18 anos	Sim	Sim	Mais de 100 atendimentos
Andrômeda	5 anos	Nenhum	Nenhum contato	50 atendimentos
Carina	9 anos	Sim	Sim	É um número considerável
Aquila	21 anos	Sim	Sim	Passa de 50 atendimentos

Fonte: Elaborada pelas autoras (2025).

Em continuidade, a caracterização sociodemográfica e do perfil profissional dos participantes é fundamental, pois evidência que as práticas dos psicólogos não podem ser compreendidas de forma isolada, mas sim como atravessadas por múltiplas dimensões (sociais, institucionais e subjetivas), que os constituem como sujeitos. O lugar que esses profissionais ocupam, assim como as suas falas, refletem a interseccionalidade, demonstrando os diversos agentes marcadores que estão presentes em sua atuação profissional. Assim as categorias de análise, apoiados na metodologia de Bardin¹⁴, evidenciam essas representações/significações dos psicólogos sobre o atendimento frente ao óbito neonatal.

Pesquisa qualitativa

Categoria 1 – O encontro com a dor: Atendimento psicológico e estratégias de cuidado diante da perda

A morte de um recém-nascido é vivida de diferentes maneiras, e o luto das mães, pais e familiares carregam múltiplos aspectos em seu entorno. Entretanto, um fator que influencia primordialmente o luto está diretamente ligado ao laço construído entre a díade mãe-bebê, bem como ao vínculo estabelecido pelos familiares durante a gestação. Borsa¹⁵, em suas pesquisas, delimita que o referido vínculo com os bebês é construído durante o período gravídico e estabelece as bases para uma relação futura. Além disso, de acordo com o autor, o período da gestação é transbordado pelo imaginário psíquico, esse se traduz nas idealizações de como será a criança, perguntas frequentes são evocadas, como: com quem ela vai se parecer? Como será seu futuro? Do que ela vai gostar? e outras possibilidades criadas na fantasia¹⁵. Essas dúvidas e idealizações que aparecem durante a gestação, ganham destaque no relato do profissional a seguir:

Existe um investimento em cima daquela criança, existe uma expectativa quando a gente coloca um filho no mundo. Essa expectativa tem endereço, ela tem referenciais. E aí, quando não acontece, o que a gente faz? Porque fica uma sensação de vazio. O que fazer agora com aquilo que vocês construíram? O que fazer com aquele afeto, com aquele interesse, com aquela expectativa? Não tem pra onde dar vazão. O que eu vou fazer? E, no final, o que fica é a dor (Crux, 2025).

Ademais, complementando com o discurso do entrevistado Crux, o teórico Borsa¹⁵ também levanta a discussão que junto com as idealizações evocadas, as relações construídas ao longo da vida pelas mães são igualmente revisitadas, principalmente aquelas ligadas à infância, à criação recebida e aos relacionamentos estabelecidos com os pais, surgem, nesse momento do óbito¹⁵. Como vemos no excerto:

Há fatores psíquicos envoltos na falência dessa fantasia materna. Quando eu falo morte da fantasia, é a falência da fantasia. É literalmente tu ver todo um plano, desde quando nasceu, desde quando tu foste menina. A construção das suas relações sociais, tanto de parentalidade, de amizade quanto as românticas, as sexuais. Então elas já tinham construído durante a vida toda uma fantasia psíquica que elas vivenciariam com este bebê (Phoenix, 2025).

Diante dos momentos vividos na gestação, das fantasias cultivadas, dos sentimentos experimentados e do reviver de relações antigas, quando ocorre a morte do recém-nascido, todas essas construções parecem morrer junto com o bebê. Iaconelli¹⁶ afirma que a morte se compara a um teste de realidade extremamente doloroso que arranca das famílias todas as idealizações vividas: “A mãe busca reconhecimento do filho perdido, enquanto para as pessoas que a acompanham, fica difícil vislumbrar o que ela perdeu”¹⁶. O participante Phoenix, nesse trecho desenha em sua fala essa vivência do encontro com a dor:

Porque é uma situação que na verdade, morre a fantasia de ser mãe. Não é só o corpo do bebê, não é só o processo hospitalar, não é só a vivência hospitalar. Elas encarariam qualquer tipo de vivência, nem que tivessem que botar a mão no fogo, literalmente. Mas, nesses casos, as mães veem aquele sonho decair, até morrer. É a rosa que perde a pétala, cada dia uma pétala. Um dia só vai ter o tronco, porque vão cair todas as pétalas (Phoenix, 2025).

Diante do exposto, a perda neonatal se revela como um evento extremamente traumático, com grandes possibilidades de levar ao desenvolvimento do luto patológico, devido a todas as reverberações psíquicas associadas ao luto neonatal. Adicionalmente as elaborações culturais que permeiam o contexto social moderno dificultam uma experiência integral do luto, pois as perdas são frequentemente cercadas pela interdição do sofrimento. Sendo assim, as intervenções seguidas pelos profissionais da psicologia no atendimento às perdas neonatais serão decisivas para novas estratégias de cuidado, que reconfigure o vínculo cultivado¹⁶. Como expressa o relato de dois psicólogos:

Esse atendimento não precisa ser necessariamente terapêutico. Não é o momento em que você está buscando, naquele paciente, um processo de reflexão, mas sim, falar algumas poucas palavras, às vezes abraçar, às vezes tocar na paciente. Servir como, se o paciente fosse um barco perdido no oceano e você fosse um porto, um continente. A pessoa atraca ali, naquele momento da tempestade (Crux, 2025).

E o trabalho é dar suporte para essas mães, fortalecê-las. Acompanhar, permanecer até o final, a gente sempre fica perto, no sentido de não dar aquelas velhas frases feitas de “vai passar”, mas sim dizer: “Eu estou aqui, eu estou aqui para te ouvir, estou aqui para o que você quiser falar, você pode falar”, sustentando também o silêncio (Aquila, 2025).

Diante do exposto e as falas dos entrevistados, o atendimento psicológico no ambiente hospitalar após a perda neonatal é imprescindível, pois assume um caráter preventivo para a saúde mental dos familiares. Iaconelli¹⁶ afirma que as intervenções psicológicas no momento da perda são delimitadas pelas mães, pais e familiares, uma vez que o suporte psicológico ofertado depende inteiramente do que é importante para os responsáveis¹⁶.

Subcategoria 1.1 – Entre a fé e a perda: A presença da espiritualidade /religiosidade no atendimento psicológico

Assim, é essencial que os psicólogos, por meio do acolhimento, promovam a vivência do luto, contrariando as perspectivas disseminadas pela modernidade de afastamento da angústia, oferecendo um espaço para o que não é dito e estejam disponíveis para escutar o sofrimento, bem como o discurso da espiritualidade/religiosidade que vem atrelado a ele. Esses dois conceitos assumem significados distintos, mas interligados em muitos momentos, como na vivência da perda neonatal. Em suma, a religiosidade está ligada a crenças que dizem respeito a uma instituição religiosa, enquanto a espiritualidade assume um caráter existencial mais amplo¹⁷.

De acordo com Dos Reis, Quintana e Nardino¹⁷, a espiritualidade/religiosidade assume grande importância em estudos sobre luto, especialmente na perda de recém-nascidos ou crianças, consideradas de difícil elaboração, pois estão atreladas à incompletude e ao sentimento de inexistência depois desse acontecimento. A psicóloga Lacerta compartilha que, em sua prática profissional, o adoecimento de recém-nascidos frequentemente suscita questões relacionadas à espiritualidade/religiosidade, as quais evocam vivências de culpa, desvalia, desvalorização, incapacidade e entre outros:

Eu sempre pontuo com a mãe que, muitas vezes, o adoecimento não é um castigo de Deus, porque existe essa cultura popular entre elas, seguida da culpabilização de que são pessoas ruins e estão sendo castigadas. Eu sempre mostro e pontuo para essa mãe que o adoecimento faz parte, ele está em todos nós. O adoecimento acontece, existe nas crianças, existe nos animais, existe nos vegetais. Então é todo um reino, todo um universo, onde algo pode não correr bem no organismo, e isso não se deve por merecimento (Lacerta, 2025).

Porém, a espiritualidade/religiosidade, também possibilita a construção de significados para aquela perda, iminente ou já concretizada, dando vazão ao sofrimento e reconstruindo sua relação com o filho que partiu, colocando-se como mecanismo de proteção para o luto complicado¹⁷. Portanto, esses conceitos assumem duas propostas que podem levar a dois modos de enfrentamento, como discorre a psicóloga:

Assim, é um fator de proteção, tanto quanto um mecanismo de defesa. É uma dualidade, porque a gente percebe também, às vezes, a espiritualidade, quando, numa situação de perda iminente, há uma barganha com a divindade, com Deus. Até numa lembrança, que leva à culpabilização, mas um pouco também se reportando a esse Deus com a fé: “Agora vai, o Senhor vai me ajudar [...]”. Quando ocorre a perda mesmo, vem aquela dor terrível; aí vem também uma fala assim: “Mas Deus quis assim, eu tenho que aceitar. Eu não posso ir contra a minha fé” (Carina, 2025).

Entretanto, outros entrevistados, relataram compreender espiritualidade /religiosidade, somente como fator de proteção, assim, essa possibilita que com a fé dos pais, o trabalho do luto seja feito por esses familiares de maneira menos dolorosa, já que essa morte pode adquirir a ideia de causalidade por força maior (vontade de Deus). Nesse contexto, as falas de Phoenix e Andrômeda elucidam essa questão:

As pessoas usam muito o artifício psíquico da religiosidade para explicar a morte. “Mas era o que Deus queria, foi melhor assim”, ou então, “Mas eu confio tanto em Deus. Ele vai morrer, mas vai reencarnar. A religiosidade é, sim, um porto seguro, uma âncora para o ser humano (Phoenix, 2025).

Eu vejo como proteção mesmo. Eu vejo que a fé é muito importante nesse momento. A fé, independente de religião, sabe? Então, a fé muitas vezes é o que mantém essa mãe que está sozinha, que é do interior, que não tem rede de apoio, para estar ali, recebendo todas as informações, as orientações, nesse momento de perda completamente sozinha (Andrômeda, 2025).

No que se refere à espiritualidade e à religiosidade, os entrevistados concordaram unanimemente que esses conceitos são fundamentais em determinados momentos do atendimento psicológico, especialmente durante as despedidas e nos rituais fúnebres subsequentes. A presença desses elementos proporciona um suporte emocional singular, permitindo que as famílias encontrem acolhimento e conforto diante da perda, ressaltando a importância de considerar dimensões espirituais e religiosas como parte integrante do cuidado psicológico, visto isso a participante expressa o que é feito na instituição:

Eu sempre digo assim, no momento da despedida, depois que vestem o bebê, se elas quiserem fazer alguma oração para o bebê. Os católicos geralmente rezam Ave Maria e um Pai Nosso, e os que são evangélicos fazem uma fala para que Deus consiga receber em seus braços. Isso geralmente é um fechamento (Lacerta, 2025).

Dessa forma, a espiritualidade e a religiosidade revelam-se como dimensões que atravessam a experiência do luto neonatal e configuram recursos simbólicos que auxiliam na elaboração da perda, as falas dos psicólogos remetem esse processo, no qual a fé pode assumir inúmeros papéis após a ruptura do sentido existencial causada pela morte. Nesse contexto, pesquisas realizadas pelos autores Muza et al.⁸, destacam que o papel da psicologia é construir um ambiente acolhedor que permita inteiramente a pura expressão dos sentimentos, acolhendo essas expressões espirituais/religiosas, sem reduzi-las, respeitando sempre o tempo psíquico necessário para a compreensão da realidade do óbito neonatal.

Subcategoria 1.2 – Os rituais fúnebres como suporte simbólico

Em continuidade, ainda para Muza et al.⁸, é fundamental nunca negar a perda, pois somente assim mães, pais e familiares poderão forjar um lugar psíquico destinado ao filho que partiu. Nesse processo, os rituais fúnebres assumem papel central, uma vez que abrem portas para a vivência da morte. De acordo com Souza e Souza¹⁸ os rituais fúnebres estão presentes na humanidade, desde da Pré-história e não estão ligados somente ao ato de técnico presentes nos velórios, mas sim a ações que os indivíduos não expressam em palavras, porém em simbolismos que possibilitam o gerar de novas concepções^{8,18}.

Portanto, esses rituais aplicados diante o óbito neonatal assumem um papel ainda mais sensível, permitindo que os familiares visitem o recém-nascido, toquem o bebê, detenham um cenário para plena externalizações das emoções. Dessa forma, o filho perdido é reconhecido com o um bebê real e único, dando lugar e nomeando cada sentimento destinado a ele⁸. Como elucida as entrevistadas no trecho a seguir:

Muitas vezes, já chamamos os familiares para ficarem ao lado do bebê. Nesse momento, em que a máquina já vai parando, o bebê já vai parando, a gente acompanha a família. Falamos sobre a gravidade da situação, e eles já podem presenciar e permanecer com o bebê, do pré-óbito ao óbito de fato (Andrômeda, 2025).

[...] Elas precisam ter esse momento de despedida aqui na Neonatologia. É importante a gente olhar o corpo sem vida. É algo, assim, que vai revendo a vida da pessoa todinha, vai revendo os flashes. Esse momento em que ela vê o bebê falecido, que ela vê o bebê vestido, pega no colo, ele é o fechamento do ciclo (Lacerta, 2025).

Com base na fala das entrevistadas anteriormente, sobre como ocorre o ritual fúnebre no momento do óbito neonatal dentro do hospital, é importante destacar que esse mecanismo funciona como algo além de um simples costume social, ele representa as transcrições dos ciclos da vida, desde um período anterior à descoberta da gestação até a perda do recém-nascido. O ritual constitui uma forma de mediação entre o elo do passado e do futuro, permitindo que o enlutado se despeça do ente querido e inscreva a experiência da morte no campo da linguagem, do social e do cultural¹⁸. O psicólogo Phoenix expressa, em seu discurso, a importância de dar lugar ao ritual:

Então, esse processo é marcante. Ele é constituinte, porque a mãe vai ter que lidar, no plano da consciência, com algo que nem o desejo inconsciente está nomeando naquele momento normalmente. A pessoa em luto está ali, mas está desconectada. É a famosa “tela azul”, que vai ganhando um sentido através das intervenções (Phoenix, 2025).

Ademais, os entrevistados elucidaram que dentro da assistência prestada para a realização do ritual fúnebre, está o componente informativo sobre o necrotério, momento em que os profissionais orientam ou até em alguns casos acompanham os familiares quanto aos trâmites que envolvem o corpo do recém-nascido. Esse momento, também faz parte essencial do processo de despedida, pois ainda diz respeito ao processo do ritual fúnebre, mas agora fora do ambiente hospitalar, assim, a condução até o necrotério não se resume a uma etapa burocrática, mas representa a continuidade do cuidado quando necessário, como destaca-se na fala dos participantes:

Então, o psicólogo precisa conhecer essas informações, pois também irá trabalhar isso com a família, quando eles estiverem em desespero: “Aí, o que que a gente vai fazer? Como é que a gente vai fazer? Chama fulana, empresta dinheiro de beltrano.” Nesses momentos, oferecemos apoio e dizemos: “Vão pra casa, conversem com a família e voltem amanhã.” [...] Assim, a família precisa saber que, se quiser, não precisa resolver nada imediatamente, é possível deixar para o dia seguinte. Há casos em que a mãe ainda está internada na maternidade e o bebê falece na neonatologia. Nesses casos, é necessário perguntar se ela deseja que o sepultamento seja após alta hospitalar, pois, em algumas situações, é possível esperar (Lacerta, 2025).

Eu acho que esse momento é tão traumático quanto a notícia de que o bebê morreu. Por que a mãe tem que escolher onde essa fantasia vai ser enterrada. Se for no município, vão surgir construções psíquicas diversas, é a família que vai no domingo, deixar a flor no túmulo. É a mãe que acende uma vela em dia de chuva muito forte porque o bebê está lá fora. E se for pelo hospital, às vezes fica a fantasia do abandono: “Eu gerei esse filho, esse filho viveu dentro de mim, nasceu e morreu, e eu deixei lá no velório comunitário (Phoenix, 2025).

Em síntese, esta categoria abordou a dor da perda, as estratégias de cuidado, a presença da espiritualidade/religiosidade e por fim, os rituais fúnebres. Dessa forma, fica evidente que, devido às altas taxas de mortalidade infantil, especialmente na região norte do país, é essencial que grandes centros hospitalares de maternidade ofereçam aos usuários a possibilidade de expressar o luto de forma adequada e respeitosa. Essa oferta deve considerar as especificidades vivenciadas diante da perda neonatal, proporcionando ao público de um hospital materno-infantil de referência no estado do Pará um atendimento comprometido com a promoção da saúde integral e a prevenção de agravos^{3,7,8}.

Categoria 2 – Cuidar e ser cuidado: O psicólogo frente à morte neonatal

Dando continuidade à análise qualitativa e considerando os atendimentos psicológicos oferecidos aos responsáveis/familiares que vivenciaram a perda neonatal, torna-se fundamental refletir sobre a experiência subjetiva que os psicólogos vivenciam diante do luto e os impactos emocionais decorrentes do óbito, os quais exigem estratégias próprias de manejo do sofrimento e de preservação da saúde mental. Da Rosa et al.¹⁹ destacam que profissionais de saúde vinculados a setores hospitalares neonatais, ambientes frequentemente associados à vida e ao nascimento, enfrentam intensa sobrecarga emocional diante do fenômeno da morte, com presença de estresse, conjuntamente com componentes traumáticos. As falas de Crux e Aquila remetem a esses elementos que levam ao sofrimento:

É quando comecei, que havia situação de óbito com criança. Aquilo era angustiante [...] eu pegava o celular, ligava para minha companheira e perguntava se os meninos estavam bem. Ela achava estranho, por que eu estava ligando? Mas eu só queria saber se eles estavam bem, porque aquilo que acontece com os outros, na verdade, em algum momento vai acontecer contigo também. A gente vai morrer! A gente vai adoecer! (Crux, 2025).

Mas é muito doloroso ver uma cena dessa, ver essa cena de partida, de despedida, que a gente tem que proporcionar para essa mãe. Um abraço, uma despedida, um desfecho, dizer algumas coisas que ela não disse para essa criança. Você assiste isso é doloroso (Aquila, 2025).

Diante do intenso componente emocional que envolve os atendimentos em casos de óbito neonatal, observa-se que a tentativa de afastar a temática da morte do cotidiano profissional tende a gerar ainda mais sofrimento, por suscitar a repressão dos sentimentos e impedir a elaboração simbólica da perda. Assim, torna-se fundamental forjar estratégias que permitam lidar de forma saudável com a revolta e a angústia, favorecendo a expressão emocional. A busca por apoio psicológico, o cultivo de atividades prazerosas e o fortalecimento das relações interpessoais, configuram-se como fatores de proteção para a elaboração de um luto saudável¹⁹. Os participantes também destacaram essa dimensão do cuidado de si, considerando-a essencial diante dos inúmeros atendimentos a óbitos neonatais vivenciados ao longo da prática profissional:

Então, no começo dava uma angústia. Tipo, é muito sofrimento, é perda mesmo. Mas a gente também vai criando maneiras de enfrentar aquilo. Eu também criei meus mecanismos para poder suplantar essa dor (Crux, 2025).

E se em algum momento atravessar, pedir ajuda mesmo de um profissional que trabalha com a gente [...] E assim, a gente precisa entender que a gente não é o sabedor de tudo, né? E nem tudo a gente vai dar conta (Andrômeda, 2025).

Os psicólogos entrevistados também reconhecem que apesar da experiência profissional e das estratégias de cuidado adotadas, nenhum membro da equipe multidisciplinar está imune aos impactos emocionais do luto, pois mesmo após anos de atuação, o contato com a morte neonatal continua a mobilizar subjetivamente, remetendo a questões sobre a própria finitude e vulnerabilidade emocional. Angerami-Camon et al.²⁰ afirmam que os profissionais de saúde, incluindo os psicólogos, são frequentemente atravessados por significações ligadas ao viver e ao morrer, nas quais a falsa sensação de onipotência é desfeita, uma vez que a morte constitui parte inerente da existência humana. Nesse sentido, Carina relata:

Não adianta a gente dizer, eu estou imune aos afetos, aos sofrimentos que o outro vai me suscitar ou que aquilo não vai emergir em mim. Eu acho que nós todos sofremos existencialmente, das mesmas coisas. A morte é uma dessas situações centrais de sofrimento do ser humano (Carina, 2025).

Mediante a essa categoria, o atendimento psicológico ofertado diante do óbito neonatal está diretamente ligado ao cuidado que o próprio profissional dedica à sua saúde mental, como a morte escancara a fragilidade humana e mobiliza intensamente os afetos, a oferta de um atendimento ético e humanizado requer que o psicólogo também busque espaços de escuta e apoio para falar de sua própria finitude, possibilitando a elaboração das emoções e sentimentos suscitados nos atendimentos realizados no contexto hospitalar. Nesse sentido, o encontro com a finitude torna-se não apenas um desafio ético, mas também um campo fértil de aprendizado, de transformação pessoal e profissional²⁰.

Subcategoria 2.1 – Reconhecendo seus limites e aprendizados: O psicólogo em evolução

Logo, a partir do investimento dos profissionais em apoio psicológico ou da criação de estratégias variadas para lidar com os estressores que permeiam a prática hospitalar, emerge a possibilidade de reconhecer seus próprios limites, abrindo espaço para o crescimento pessoal e profissional, colocando o indivíduo em um processo contínuo de evolução. Esse movimento reflexivo sobre a própria prática favorece, segundo De Oliveira e De Souza Abrantes²¹, o autoconhecimento, que viabiliza a construção de mecanismos de resiliência, bem como de fortalecimento diante das adversidades inerentes ao contexto hospitalar.

Diante dos benefícios do processo reflexivo mencionados no parágrafo anterior, seis dos sete participantes expressaram reconhecer a possibilidade de evolução em sua prática profissional, especialmente nos atendimentos realizados em situações de óbito. Desse modo, tal percepção revela uma abertura para o aprimoramento contínuo, alinhando-se ao movimento de autoconhecimento defendido por De Oliveira e De Souza Abrantes²¹, o qual favorece o desenvolvimento pessoal e técnico que deve estar presente no exercício da psicologia no contexto hospitalar. Como exemplifica Phoenix:

Eu acho que o ser humano, ele nunca está pronto para nada. Ele é sempre uma construção. Eu costumo dizer que a vida é um grande muro que todo dia tu bota um tijolinho. Só que o cimento para colar esse tijolinho são as tuas experiências, são as tuas vivências. Então, acho que ninguém está 100% pronto. E eu costumo não dar 10 assim, porque eu acho que a partir do momento que eu dou 10, eu estou dizendo estar pronto para algo que não existe (Phoenix, 2025).

A concepção apresentada por Phoenix reforça a importância do aprimoramento pessoal e profissional contínuo, evidenciando que o psicólogo está em permanente construção. Essa constante formação e reflexão permite que a prática se consolide sobre bases éticas e teóricas sólidas, possibilitando uma atuação sensível e humanizada diante do sofrimento. Assim, ao reconhecer-se como sujeito em processo, o profissional amplia sua capacidade de oferecer um acolhimento genuíno aos enlutados, sustentado por um compromisso ético e por uma escuta verdadeiramente empática²¹.

Categoria 3 – O diálogo entre a técnica e o cuidado: Avaliação sobre a importância dos Procedimentos Operacionais Padrão diante do óbito neonatal

Nesse contexto de aprimoramento profissional, de construção de novos saberes e de consolidação das bases éticas/técnicas expressadas na categoria anterior, emergiram nas entrevistas reflexões acerca da importância dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) voltados ao manejo do luto diante das perdas neonatais. Tais protocolos integram as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e têm como objetivo promover o aprimoramento das práticas hospitalares, contribuindo para o enfrentamento das limitações e dos desafios presentes na assistência. Conforme preconiza o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 816, de 31 de maio de 2005, os protocolos favorecem a construção de um modelo assistencial que assegura maior qualidade ao trabalho em saúde, organizando e qualificando as diversas ações realizadas pelas equipes assistenciais^{22,23}. A fala do participante abaixo, revela a importância desses POPs no hospital:

A gente trabalha como psicólogo, e lida com algo que todo mundo tem, o comportamento e a subjetividade. Todo mundo fala sobre isso, todo mundo tem uma opinião sobre comportamento e subjetividade, e é justamente com isso que a gente trabalha. [...] Quando chegamos ao hospital, todas as categorias profissionais já possuem seus protocolos bem definidos. Se não houver um protocolo, corre-se o risco de cair no imprevisto, no achismo. Por isso, um protocolo é um norte, e cabe a nós, da psicologia, construirmos o nosso próprio norte (Crux, 2025).

Por conseguinte, tomando como norte a fala de Crux, cinco entrevistados teceram suas discussões em alinhamento com a importância dos POPs, enfatizando que esses instrumentos reafirmam o compromisso ético e técnico da psicologia hospitalar, além de fornecerem subsídios para intervenções e abordagens psicológicas diversas no momento da perda. Tais diretrizes contribuem para a promoção da saúde no contexto público e para a prevenção de agravos emocionais aos usuários que recorrem aos serviços ofertados pelo SUS. Ademais, as reflexões apresentadas pelos participantes apontam que a sistematização da prática psicológica estimula a luta por uma psicologia interseccional que possibilita um olhar integral sobre todas as especificidades que moldam o sujeito²². Como expressam novamente Crux e Aquila:

Então, como é que você vai atender? O que você precisa trabalhar com essa pessoa? E depois que você trabalhar, para onde ela pode ser encaminhada? Com uma mãe em luto neonatal, por exemplo, o que é preciso observar? Quais são os grupos de pertencimento dela? Como está a rede de apoio? Que percepção essa mãe tem da situação que viveu? Os protocolos não são para engessar o trabalho, nem para seguir de forma cega, mas para oferecer um norte, uma direção que sustente nossa prática (Crux, 2025).

Por exemplo, muitas mães, às vezes, perdem seus filhos e nem sabem que os perderam, ou sequer sabem onde o corpo está. Quando chega alguém para dar a notícia, é o médico quem fala? E as pessoas ficam ali, em completo desamparo? Eu acho que um POP, para dar um direcionamento sobre isso, ajudaria muito. Tornaria o atendimento mais acolhedor e respeitoso para essas famílias (Aquila, 2025).

Em contrapartida, dois entrevistados posicionaram-se de forma crítica quanto à necessidade de criação dos POPs, reconhecendo sua importância, porém refletindo sobre o risco de que a padronização possa reduzir a complexidade do trabalho psicológico, ocasionando o engessamento do cuidado. Para esses profissionais, mais do que a implementação de protocolos, seria fundamental investir em capacitações e espaços de formação continuada que favoreçam a evolução do conhecimento e a qualificação das práticas psicológicas no contexto hospitalar. A fala a seguir remete esse posicionamento:

Então, eu acho que o POP, sinceramente, na minha opinião, não ajuda. Vai ser apenas aquele papel que fica. Investir no servidor, ou capacitar o servidor, dar apoio ao servidor, impacta muito mais. Porque o profissional que consegue estudar e se aprimorar é um profissional melhor (Lacerta, 2025).

Entretanto, apesar das falas críticas dos entrevistados serem de suma relevância, pois analisam e demonstram os prós e contras dos POPs, elas também evidenciam certa falta de apropriação sobre o que constitui, de fato, um POP. Os protocolos quando utilizados em seu propósito máximo têm a função de facilitar a interação entre as equipes, assumindo responsabilidades técnicas, científicas e também políticas. Um POP não substitui reuniões de planejamento ou processos de capacitação, ao contrário, sua implementação favorece que esses momentos ocorram, pois induz à atualização das práticas e contribui para a consolidação de um processo contínuo de educação permanente²².

Em resumo, a atuação do psicólogo em contextos de óbito neonatal requer uma integração complexa, que articule três dimensões essenciais, as estratégias de cuidado, como o acolhimento direcionado às famílias diante da perda, a experiência subjetiva do próprio psicólogo, que demanda atenção à preservação da sua saúde física e mental e os instrumentos institucionais, que organizam e fundamentam cientificamente o trabalho realizado. Essas interseções constituíram as três categorias de análise identificadas por meio do método de Bardin, permitindo analisar e problematizar de forma abrangente os desafios, aprendizados e práticas éticas envolvidas na atuação do psicólogo frente à morte neonatal.

Pesquisa documental

Seguindo o percurso metodológico proposto, a pesquisa documental teve como objetivo investigar os protocolos existentes em um hospital materno-infantil do Pará relacionados ao atendimento psicológico em situações de morte e luto neonatal. O intuito dessa etapa foi possibilitar a compreensão integral do ambiente de pesquisa, combinando os dados provenientes das entrevistas e dos POPs, destacando estratégias de cuidado e procedimentos.

Na instituição, mais especificamente na intranet foram localizados 381 POPs, nos núcleos de diferentes diretorias, Diretoria Técnica Assistencial (DTAS), Diretoria de Apoio Técnico e Operacional (DATO), Diretoria Administrativa e Financeira (DIAF), Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) e Diretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão (DPOG). Abrangendo diversas áreas profissionais e considerando os

arquivos em diferentes formatos digitais, incluindo PDF, DOC, DOCX, PPT, PPTX, XLS e XLSX, garantindo que todos os documentos pertinentes fossem analisados.

No entanto, o foco da pesquisa foi direcionado aos documentos da Psicologia, localizados na DTAS, especificamente na Coordenação do Núcleo Biopsicossocial (CBIO), que rege o Serviço de Psicologia (SPSC). Nesse campo, foram encontrados os seguintes documentos: Formulários de atendimento inicial da Psicologia e de Relatório psicológicos, Relatório mensal do psicólogo, bem como Ficha de atendimento psicológico.

Conforme o fluxograma apresentado na Figura 1, a análise documental evidenciou que, apesar da existência de numerosos POPs em diferentes áreas da instituição, não há protocolos específicos voltados ao atendimento psicológico em situações de óbito e luto neonatal. Embora o acesso a alguns documentos tenha sido restrito em decorrência de auditoria de qualidade, tal limitação não comprometeu os resultados da análise, uma vez que a consulta aos mecanismos de busca da intranet confirmou que os POPs referentes a óbito e perda neonatal não se encontravam suspensos para revisão, mas efetivamente inexistiam no sistema institucional. Ressalta-se, ainda, que os demais documentos da Psicologia disponíveis na intranet são essenciais para a organização institucional, por subsidiarem e normatizarem a prática profissional.

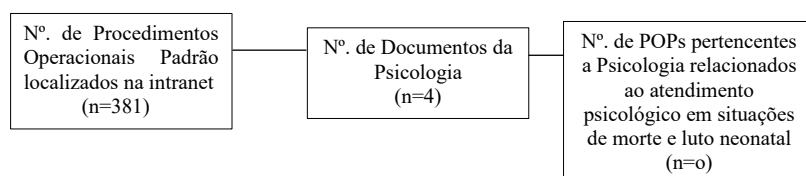


Figura 1. Fluxograma da pesquisa documental de um hospital materno-infantil de assistência e ensino, Belém-PA, fevereiro a agosto de 2025.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).

Entretanto, Gorayeb e Guerrelhas²⁴, teóricos que fizeram parte da implementação da Psicologia hospitalar, já apontavam, no ano de 2003, a carência de sistematização das estratégias de cuidado psicológico em contextos hospitalares, enfatizando a necessidade de formação e treinamento contínuos que permitam ao psicólogo transcender o modelo clínico tradicional. De forma semelhante, Souza et al.²⁵, estudiosos recentes, ainda reforçam a mesma importância da implementação de procedimentos padronizados nos serviços de Psicologia Hospitalar, destacando que a sistematização do trabalho psicológico, além de favorecer uma atuação mais coerente e ética, contribui para que a equipe multiprofissional compreenda o papel e o alcance do fazer psicológico^{24,25}. Nesse sentido, a ausência de protocolos específicos na instituição em que a pesquisa se desenha reforça a necessidade de construção de diretrizes próprias, capazes de articular o acolhimento, o cuidado e o acompanhamento dos óbitos neonatais.

Integração da análise documental e qualitativa

Mediante as ponderações acima, os dados provenientes das abordagens qualitativa e documental evidenciam que os atendimentos psicológicos ofertados aos responsáveis e familiares que vivenciam a perda neonatal durante a internação em uma Fundação hospitalar na região norte do Brasil, configuram-se como práticas profundamente humanizadas. Observa-se, nesses atendimentos, uma escuta sensível e acolhedora, que reconhece o luto como um fenômeno psicológico complexo, influenciado pela história individual/coletiva, pelos fatores culturais, pelo vínculo com o bebê e pelo contexto social. Essa compreensão permite que o luto seja vivido em sua singularidade, contribuindo para a prevenção de possíveis lutos patológicos^{7,26,27}.

Entretanto, apesar dos avanços observados nas práticas psicológicas e na valorização da vivência do luto, ainda se identificam lacunas institucionais que merecem atenção. Torna-se necessário sistematizar e institucionalizar essas práticas, por meio dos POPs, de modo que deixem de depender apenas da iniciativa individual de alguns profissionais e passem a integrar as diretrizes da instituição. Assim, propõe-se que a atuação do psicológico diante da perda neonatal seja consolidado como parte estrutural do atendimento

hospitalar, englobando não apenas os psicólogos, mas também os demais integrantes da equipe multiprofissional, favorecendo uma atuação conjunta²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face das discussões estabelecidas neste artigo e dos objetivos que nortearam este estudo, centrados em analisar, problematizar e investigar os atendimentos psicológicos diante do óbito neonatal, constatou-se que as estratégias de cuidado desenvolvidas junto às mães, pais e familiares enlutados devem ser conduzidas com extrema sensibilidade e atenção às múltiplas reverberações psíquicas provocadas pela presença precoce e abrupta da morte em recém-nascidos. Nessa perspectiva, o fazer psicológico assume o compromisso de ser exercido de forma integral, considerando as dimensões subjetivas dos sujeitos e suas interseccionalidades, acolhendo a livre expressão de sentimentos e significados evocados diante dessa experiência, frequentemente marcada por intenso sofrimento e trauma.

Torna-se igualmente fundamental que o profissional que conduz esse atendimento reconheça seus próprios limites, uma vez que o contato contínuo com o luto neonatal revela-se profundamente mobilizador, exigindo a construção de estratégias de cuidado de si e de espaços reflexivos que favoreçam a ampliação de recursos internos, promovendo a evolução pessoal e o aprimoramento do atendimento no contexto hospitalar.

Em continuidade, a partir da abordagem qualitativa e documental adotada, foi possível demarcar em consonância com as considerações anteriores que o trabalho do psicólogo no campo hospitalar se constrói no entrelaçamento entre técnica, escuta e presença diante da dor decorrente da perda. As análises evidenciaram dimensões fundamentais da atuação psicológica, como o acolhimento, suporte emocional às famílias, a abertura para manifestações de espiritualidade/religiosidade e o reconhecimento dos rituais fúnebres como recursos simbólicos indispensáveis à elaboração do luto. Observou-se, ainda, a necessidade de diretrizes institucionais que sustentem e orientem o trabalho da Psicologia no âmbito hospitalar. A ausência de Procedimentos Operacionais Padrão específicos para o manejo do luto neonatal configurou-se como um ponto crítico, evidenciando a urgência de sistematizar práticas que integrem cuidado, técnica e ética profissional.

Diante da síntese dos resultados, como contribuição prática e técnica, o estudo resultou na elaboração, para o hospital materno-infantil de um Procedimento Operacional Padrão voltado ao atendimento psicológico em situações de óbito neonatal. O documento foi desenvolvido a partir dos dados obtidos nas entrevistas e da análise documental realizada com os materiais disponíveis na intranet da instituição, configurando-se como uma tecnologia educativa e assistencial, além de produto técnico-científico derivado da investigação.

O POP tem como finalidade orientar psicólogos, residentes, estagiários e demais profissionais da equipe de saúde acerca das especificidades que compõem o atendimento psicológico em situações de óbito neonatal. Entre suas diretrizes, destacam-se o acolhimento às famílias enlutadas, o manejo da comunicação da perda, o acompanhamento durante os rituais de despedida e a articulação com a equipe multiprofissional. Assim, o produto traduz o conhecimento científico em um instrumento aplicável à realidade hospitalar, fortalecendo a prática ética e humanizada do psicólogo diante da finitude.

Conjuntamente às elucidações apresentadas, recomenda-se a realização de novas investigações, pesquisas e observações acerca da qualidade do atendimento psicológico em situações de óbito neonatal, considerando que este é um tema recente e ainda pouco explorado na literatura científica. Estudos futuros podem complementar as limitações identificadas nesta pesquisa, como o número restrito de participantes, a dificuldade de adesão dos profissionais, a coleta de dados concomitante ao período de acreditação institucional e a realização em apenas uma instituição hospitalar da região Norte, além de possibilitar a validação/implementação institucional do Procedimento Operacional Padrão proposto.

Sugere-se, ainda o fomento a novas pesquisas que contribuam para a efetivação e o fortalecimento da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, instituída em 2025, visando ao aprimoramento das práticas psicológicas e à consolidação de ações interdisciplinares que envolvam outros profissionais da equipe multiprofissional e diferentes contextos hospitalares⁹.

Em conclusão, o encontro do psicólogo com o óbito neonatal convoca a presença, a escuta e a humanização em saúde como formas de proporcionar alicerces psíquicos diante da dor dos familiares. Cuidar de quem perde um filho é também reconhecer-se diante da própria finitude, reafirmando a psicologia como uma profissão que em seu fazer ético e humano, sustenta a capacidade de oferecer sentido e acolhimento mesmo onde a vida se interrompe tão precocemente.

REFERÊNCIAS

1. Ariès P. A história social da criança e da família. 2ª ed. Tradução de Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
2. Pazin-Filho A. Morte: considerações para a prática médica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2005;38(1):20-25. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v38i1p20-25>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal [Internet]. Brasília, DF; 2009 [acessado em 21 set. 2024]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf
4. Gaíva MAM, Bittencourt RM, Fujimori E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):91-7. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400012>
5. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal [Internet]. Brasília, DF; 2024 [acessado em 21 set. 2024]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centraisdeconteudos/paineisdemonitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>
6. Pedrosa LDC, Sarinho SW, Ordonha MAR. Óbitos neonatais: por que e como informar? *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2005;5(4):411-8. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000400004>
7. Franco MHP. Luto em cuidados paliativos. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado paliativo [Internet]. São Paulo: CREMESP; 2008 [acessado 5 out. 2024]. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
8. Muza JC, Nascimento de Sousa E, da Rocha Arrais A, Iaconelli V. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicol Teor Prat*. 2013;15(3):34-48.
9. Brasil. Lei nº 15.139, de 23 de maio de 2025. Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Lei dos Registros Públicos), para dispor sobre o registro de criança nascida morta [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2025 [acessado em 20 out. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15139.htm
10. Hoepers AD. Psicologia social, interseccionalidade e processos de subjetivação. *Conversas em Psicol*. 2022;3(1):14. <https://doi.org/10.33872/conversaspsico.v3n1.a2>
11. Oliveira AM. Metodologia de pesquisa e produção científica 1 [Internet]. Ferreira ACB, autora; Dechen S, Oliveira MS, organizadoras. São Paulo: Hcor; 2023 [acessado em 20 out. 2024]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/723367159/Modulo-1-Metodologia-de-Pesquisa-e-Producao-Cientifica>
12. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani FJ. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *RBHCS*. 2009;1(1):1-15. <https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.10351>
13. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Gerência de Ensino [Internet]. Belém: Santa Casa do Pará; 2023 [acessado em 15 set. 2024]. Disponível em: <https://santacasa.pa.gov.br/gerencia-de-ensino>
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. Lisboa: Edições 70; 1977.
15. Borsa JC. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Revista Contemporânea-Psicanálise e Transdisciplinaridade*. 2007; 2:310-321.
16. Iaconelli V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2007;10(4):614-23. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
17. Dos Reis CGC, Quintana AM, Nardino F. Religiosidade e espiritualidade no processo de luto de pais cujos filhos morreram crianças. *Estud Pesqui Psicol*. 2021;21(1):136-55. <https://doi.org/10.12957/epp.2021.59375>
18. Souza CP, Souza AM. Rituais fúnebres no processo do luto: significados e funções. *Psic Teor e Pesq*. 2019;35:e35412. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>

19. Da Rosa R, Gomes IEM, Costa R, Alves IFBO, Aires LCP. Experiências e condutas do profissional de saúde frente ao óbito neonatal: revisão integrativa. REME Rev Min Enferm. 2022;26:e-1479. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.41101>
20. Angerami-Camon VA, Trucharte FAR, Knijnik RB, Sebastiani RW. Psicologia hospitalar: teoria e prática. 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.
21. De Oliveira FGN, de Souza Abrantes DS. O autocuidado do psicólogo hospitalar frente à finitude de seus pacientes. Rev Ar Cient (IMMES). 2020;3(2):18-26. <https://doi.org/10.5935/2595-4407/rac.immes.v3n2p18-26>
22. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço [Internet]. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009 [acessado em 5 out. 2024]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 816, de 31 de maio de 2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 2005 [acessado em 5 out. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0816_31_05_2005.html
24. Gorayeb R, Guerrelhas F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. Rev Bras Ter Comp Cogn. 2003;5(1):11-9. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v5i1.87>
25. Souza TS, Mota ICM, Silva GC, Xavier SPP, Rocha RM, Pacheco N, et al. Psicologia hospitalar: criação do serviço, perfil de pacientes atendidos e atuação de estagiários em um hospital geral. Revista Mineira de Ciências da Saúde. 2022;9:117-30.
26. Freud S. Luto e melancolia (1915). In: Freud S. Neurose, psicose, perversão. Tradução de Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2016. p. 78-95.
27. Kovács MJ. Morte, separação, perdas e o processo de luto. In: Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. p. 153-170.

Autor correspondente

Ana Carolina Teixeira Ribeiro da Costa
Universidade do Estado do Pará/Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
Rua Bernal do Couto, 988, Umarizal
CEP 66055-080, Belém, PA, Brasil
E-mail: psi.costaanacarolina@gmail.com

Informação sobre os autores

ACTRC é psicóloga, graduada pela Universidade da Amazônia. Especialista em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, em parceria com a Universidade do Estado do Pará.

ATFA é psicóloga formada pela Universidade da Amazônia. Graduada em Biomedicina pela Universidade Federal do Pará. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Pará. Psicóloga da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Tutora e preceptora de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança.

ACAAL é psicóloga formada pela Universidade Federal do Pará. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Pará. Professora do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Psicóloga da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Preceptora de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança.

Contribuição dos autores

ACTRC: conceituação; curadoria de dados; análise formal; investigação; metodologia; administração do projeto; recursos; visualização; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição. ATFA e ACAAL: supervisão; validação.

Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao Pará Research Medical Journal.